Rok XLIX. Kraków, dnia 12. listopada 1910. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z oddziału Docenta Dra med. Wł. Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O barwiącej się za życia ziarnistości krwinek czerwonych (substantia granulo-reticulo-filamentosa)

jej pochodzeniu i stosunku do nakropień zasadochłonnych.

Podał

Dr Ryszard Hertz,

asystent oddziału.

I. Wstęp historyczny.

Wprowadzenie do hematologii metody barwienia krwi za życia, pierwsze dane co do metodyki tego badania, oraz zaznaczenie i pierwszy opis spostrzeganych tu zjawisk zawdzięczamy Pappenheimowi (43) (w r. 1895). W roku następnym (1896) badacz ten wspólnie z Israelem (30) opisał zauważone w świeżej krwi zarodków w erytroblastach i mniej obficie w erytrocytach drobniutkie ziarnistości, barwiące się czerwienią obojętną na kolor żółto-czerwony.

Zupełnie niezależnie od powyższych autorów Horseley (20) w roku 1897, wstrzykując rybom, płazom, ptakom i ssakom podskórnie błękit metylowy, spostrzegał w ich czerwonych krwinkach ziarnistości, zbliżone naturą swoją do substancyi protoplazmatycznej.

Giglio Tos (24), Maksimow (37) i Weidenreich (68), stwierdzili również w swoich późniejszych badaniach istnienie tych za życia barwiących się ziarnistości w czerwonych krwinkach zarodków. Maksimow stwierdził, że komórki, zawierające tego rodzaju ziarnistość, spotykać można w zmiennej liczbie i ugrupowaniu w różnych okresach życia zarodkowego u ssaków; w późniejszych okresach życia płodowego liczba ich staje się coraz mniejsza, aż wreszcie znikają zupełnie.

Dopiero jednak Foa i Cesaris Demel (23) w r. 1899 wykryli te ziarnistości w krążących czerwonych ciałkach krwi u człowieka, zbadali ich zachowanie się w różnych stanach fizyologicznych i chorobowych i doszli do wniosku, że chodzi tu zawsze o młode pierwiastki pochodzenia szpikowego, że więc obecność ich w obiegu krwi wskazuje na budzenie się zdolności krwiotwórczych w szpiku kostnym.

Tą samą sprawą zajmowali się również liczni włoscy badacze — Poggi (50), Bidone i Gardini (7), Jovane (32), Belli (5), Negri (42), Giglio Tos (24) i inni —, którzy również stosowali metodę barwienia krwi za życia.

W piśmiennictwie niemieckiem znajdujemy dotąd zaledwie nieliczne prace, poświęcone tej sprawie. Pierwsze zestawienia odnośnych spostrzeżeń dali mianowicie Rosin i Bibergeil (52) w r. 1904, choć już przed nimi Bloch (8) w swej znanej monografii (1901) uwzględnił ziarnistości, barwiące się za życia, odróżniając je wyraźnie od ziarnistości, występujących w preparatach utrwalonych.

Pappenheim (48) rozróżnia również bardzo wyraźnie obydwa te rodzaje ziarnistości, gdy przeciwnie Rosin i Bibergeil popełniają ten sam błąd, którego nie ustrzegli się i włoscy badacze, a mianowicie mieszają ziarnistości barwiące się za życia z ziarnistem nakropieniem czerwonych ciałek krwi, którego obecność w utrwalanych preparatach zbadali najpierw Askanazy (2) i Grawitz (25). Powyżsi autorowie nie podają wcale powodów, dla których utożsamiają ze sobą dwa te rodzaje ziarnistości i uważają je za identyczne. Jest to brak tem większy, iż, jak zobaczymy poniżej, obie te ziarnistości są natury zupełnie odrębnej.

Różnicę pomiędzy ziarnistościami obydwóch rodzajów — barwiącą się za życia i spostrzeganą na utrwalonych preparatach — pierwsi ustalili na podstawie odpowiednich spostrzeżeń Chauffard oraz Widal ze swymi uczniami (13—20—72).

Chauffard i Fiessinger zwrócili w roku 1907 uwagę na obfitość barwiących się za życia ziarnistości w przypadkach wrodzonej żółtaczki hemolitycznej; równocześnie Widal, Abrami i Brulé podali bliższe szczegóły co do natury barwiących się za życia ziarnistości w czerwonych krążkach krwi, opierając się na przypadku, który uważali za żółtaczkę hemolityczną nabytą. Zaznaczamy tu odrazu, że w przypadkach wskazanych wymienieni autorowie nie spostrzegali wcale czerwonych ciałek krwi nakropionych w preparatach utrwalonych.

Nie znając prac swych poprzedników w sprawie za życia barwiących się ziarnistości czerwonych krążków krwi, i stwierdziwszy przy żółtaczce hemolityeznej (zarówno wrodzonej, jak nabytej) jedną jeszcze ciekawą ich właściwość, a mianowicie zwiększoną łamliwość[1]), — francuscy autorowie upatrywali początkowo w obydwóch tych zjawiskach

[1]) Technikę badania łamliwości krążków krwi podajemy poniżej.

(ziarnistości barwiącej się za życia i łamliwości erytrocytów) objaw właściwy tylko żółtaczce hemolitycznej (12—19).

Co się zaś tyczy specyalnie występowania ziarnistości barwiących się za życia, to uzależniali je oni 1) od spraw hemolitycznych wogóle, 2) od zwiększonej łamliwości czerwonych krwinek, oraz 3) od obecności barwików żółciowych we krwi.

Wkrótce jednak i francuscy badacze, zgodnie z wynikami badań swych kolegów włoskich i niemieckich, stwierdzili, że ziarnistość barwiąca się za życia nie jest niczem swoistem dla żółtaczki hemolitycznej, gdyż 1) może występować sporadycznie w każdej krwi prawidłowej, a 2) może się znajdować w ilości znacznie zwiększonej również w przypadkach niedokrwistości (zwłaszcza złośliwej), oraz w zatruciu ołowiem.

Dane w tej sprawie, zawierające bardzo ciekawe szczegóły i ogłoszone w piśmiennictwie francuskiem, omówię jeszcze później, tu zaś przytoczę tylko pokrótce najważniejsze fakty, dotyczące drugiego rodzaju zajmujących nas w tej pracy ziarnistości, a mianowicie zasadochłonnego nakropienia czerwonych ciałek krwi w preparatach utrwalonych.

Na istnienie tego nakropienia pierwszy zwrócił uwagę Ehrlich (17) w r. 1885. Potwierdził je potem Behrend (6) w 1889 w przypadku zatrucia ołowiem. Dalsze badania w tym kierunku zawdzięczamy Askanazyemu (2), który pierwotnie tłómaczył sobie te ziarnistości, jako pozostałości jądra, świadczące o sprawach odrodczych, odbywających się w szpiku kostnym.

Następnie nakropienie to w utrwalonych preparatach krwi opisali Schaunan, Klein (33), Lazarus (17), Engel, Grawitz (25, 26, 27), który uznał to zjawisko za dowód zwyrodnienia czerwonych krążków krwi, Nägeli (41), Schmidt (61, 62, 63) i inni w licznych przypadkach niedokrwistości złośliwej, przewlekłego zatrucia ołowiem, zimnicy, raka, posocznicy, białaczki itd.

Sabrazès, Bourret i Léger (54) w r. 1900 pierwsi wywoływali doświadczalnie występowanie zasadochłonnego nakropienia czerwonych krążków we krwi świnki morskiej zatrutej ołowiem. Wyniki ich badań sprawdzili na szczurach, królikach i psach. Hammel (28), Rohnstein i Moritz (r. 1901), White i Pepper (69) w r. 1901 oraz Lutosławski (36) w r. 1904.

Sprawa pochodzenia i istoty nakropionych czerwonych krążków krwi wywołała nadzwyczaj ożywione spory. I dziś jeszcze jedni upatrują w tem zjawisko zwyrodnienia, inni uważają je za wynik »caryorhexis«, jako jeden z okresów czynności odrodczej szpiku kostnego. Odnoszące się tu szczegóły podam w rozdziałach następnych.

(C. d. n.).

O działaniu szczepionek przeciwgruźliczych Dra J. Czajkowskiego.

Podał

Dr H. Wilczyński.

(Zakopane).

W r. 1907 ogłosił Dr Czajkowski pracę, wydaną przez krak. Akademię Umiejętności, pod tytułem: »O sztucznym sposobie otrzymywania surowic leczniczych«. Praca ta mało uwagi zwróciła na siebie, mimo, iż zawiera kilka nowych myśli z zakresu patologii, a załączone tam tablice są bardzo zajmujące.

Brak zainteresowania się tą pracą łatwo wytłómaczyć tem, iż zalew rozmaitych surowic i szczepionek w działaniu swem nie sprawdzał obiecywanych wyników, a z drugiej strony przytoczony w pracy Czajkowskiego kliniczny materyał był skąpy. To też nie było chętnych do stosowania na chorych i tych nowych surowic, a właściwie szczepionek.

Ze szczepionkami temi zapoznałem się bliżej, i mimo, iż jeszcze kilka stron w działaniu klinicznem zostało niewyjaśnionych, mimo, że pragnąłbym większy od obecnego przedstawić materyał, spieszę swe spostrzeżenia podać do szerszej wiadomości, a to głównie z tego powodu, iż obecnie w Niemczech jeden z uczonych, zaznajomiony z pracą Czajkowskiego, idąc w tym kierunku, ogłasza dobre wyniki: należy więc baczniejszą uwagę zwrócić na wynalazek polski i starać się zapewnić mu pierwszeństwo. Najbliższy czas wykaże, czy istotnie z nowem odkryciem mamy do czynienia, czy może wogóle błądzimy.

O samej pracy Czajkowskiego nie będę mówić wiele. Są tam niedomówienia, zwłaszcza w dziale techniki. Być może, że cała tajemnica wynalazku polega w technice, w możliwości wyjaławiania szczepionek bez wpływu na ich działanie lecznicze.

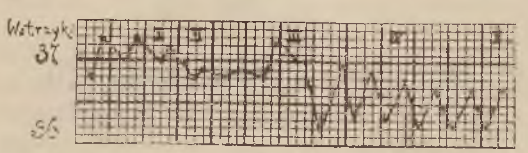
Po tym krótkim wstępie, opiszę tylko własne spostrzeżenia co do działania, jak i pierwsze kroki w stosowaniu tych szczepionek. Stosowałem je w przypadkach, gdzie przebieg kilkumiesięcznego leczenia zwykłymi sposobami nie wróżył polepszenia. Być może, gdybym mógł stosować je przez czas dłuższy, (przeszkadza temu wczesny wyjazd chorych z Zakopanego), to możebym doczekał się jeszcze lepszych wyników, tak, jak to było w ostatnich (XXIII, XXIV) przypadkach. W każdym razie na 24 przypadki spotykamy tylko 6 przypadków (II, III, XI, XIII, XIV, XVIII) bez wybitnej poprawy. Nie wiem, czy i kiedy będzie nawrót w przypadkach o leczeniu z dobrym wynikiem; wykaże to najbliższa przyszłość.

Szczepionki stosowałem podskórnie. Na miejscu wstrzyknięć czasem powstawało zaczerwienienie i bolesny obrzęk, które po dwu dniach znikały. Innych objawów miejscowych lub ogólnych nie spostrzegałem. Autentyczne krzywe ciepłoty, rysowane przez chorych, częścią przesłałem Drowi Czajkowskiemu, częścią zachowałem u siebie.

I. W listopadzie 1909 przysłał Dr Czajkowski do Zakopanego dla leczenia klimatycznego pannę O. Szczupła blondynka, l. 28. Morb. Basedowa. Najwyższa ciepłota codzień 37·3 C., podczas miesiączkowania 37·5. Infiltratio apic. utriusque c. crepitationibus. Osłabienie. Poty. Tętno około 120. Chora do lutego 1910, a więc przez 3 miesiące, przy stosowaniu antytyreoidyny straciła objawy choroby Basedowa, ciepłota jednak i stan miejscowy płuc pozostały bez zmian. W lutym chora sama prosiła o stosowanie szczepionek Dra Czajkowskiego, które miała ze sobą. Z niechęcią się zgodziłem. Przepis brzmiał, że o ile nie będzie wybitnego odczynu gorączkowego, to stosować należy szczepionki 2—3 razy w tygodniu. Skutek był nadspodziewany. Po trzeciem wstrzyknięciu ciepłota opadła niżej 37 C. Tętno 76. Po 12 wstrzyknięciach chora wyjechała do domu, bez kaszlu, bez rzężeń w płucach, z prawidłową ciepłotą. Zwracam uwagę, iż przed wyjazdem chora zaziębiła się,

dostała kataru i zapalenia grubszych oskrzeli, ale bez podniesionej ciepłoty. Skutki zaziębienia minęły po 5 dniach. (Zob. krzywą ciepłoty Nr 1).

Nr 1.



Przypadek ten zniewolił mnie do zwrócenia się po większą ilość szczepionek, których mi Dr Czajkowski bezinteresownie dostarczył. Zacząłem wtedy stosować te szczepionki w przypadkach, gdzie leczenie klimatyczne nie skutkowało.

II. Panna W. W. lat 20. Habitus phtisicus. Infiltratro cum crepit. lobi sup. pulm. sin. Tbc w plwocinie, Gaffky 5—6. Ciepłota co dzień 37·3—37·4. Pobyt od 1. XII. 1909 bez zmian na lepsze do marca 1910. W marcu zacząłem stosować szczepionki. Po 12 wstrzyknięciach ciepłota ta sama, natomiast rzężenia znikły zupełnie, odpluwania tylko zrana. W tym przypadku jedynie zniknięcie rzężeń i zmniejszenie odpluwania udało się stwierdzić.

III. Panna M. N. lat 17. Habitus phtisic. Liczne ogniska gruźlicze z rzężeniami w płucu lewem. Infiltratio ad hilum pulm. dextri. Spirometr 1900. Ciepłota od grudnia do lutego prawidłowa, od lutego około 37·3. W marcu zacząłem stosować szczepionki. Na razie odpluwanie wzmogło się, kaszel stał się częstszy, rzężeń przybyło — bez wpływu na ciepłotę. Począwszy jednak od 7. wstrzyknięcia, rzężenia zaczęły się zmniejszać, ciepłota jednak, jak dawniej. Spirometr 2000.

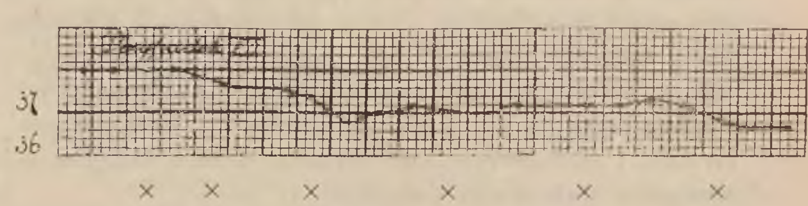
IV. Panna N. S. lat 19. Tęga blondynka. Leczyła się w Zakopanem w zimie 1908 i od listopada 1909. Infiltratio c. crepit. ad hilum pulm. sin. Krwioplucie w styczniu 1910 i pleuritis sicca sinistra. Ciepłota około 37·5, osłabienie. Stan bez zmian do marca. W marcu zaczęto stosowanie szczepionek — razem 18. Po pierwszych wstrzyknięciach ciepłota się wzmagała (wybitne zaczerwienienie na miejscu wstrzyknięcia), w końcu ciepłota była prawidłowa, a stan podmiotowy tak się poprawił, że w maju chora objęła posadę kasyerki, którą do dziś dnia sprawuje. W kwietniu można było stwierdzić tylko wzmożone drżenie przy lewej łopatce.

V. Pan J. l. 18. Wysoki, szczupły brunet. Infiltr. lob. sup. pulm. sin, c. crepitat. Ciepłota około 37·4. Poty. Kaszel, skąpe odpluwanie. Spirometr 3000. Pobyt w Zakopanem od grudnia 1909. Do marca — jedynie przyrost wagi. W marcu zacząłem stosować szczepionki, razem 15. Chory wyjechał w końcu kwietnia z prawidłową ciepłotą, bez rzężeń, bez potów. Spirometr 3850.

VI. Pan T. K. lat 19. Szczupły blondyn, 191 ctm. wzrostu. Spirometr 4400. Condens. apic. dextri. Infiltr. incipiens sub angulo scapul. dextr. Brak kaszlu i potów. Próba Moro — wybitna. Ciepłota około 37·2. Pobyt w Zakopanem od grudnia 1909. Przybytek wagi znaczny. Ciepłota bez zmian około 37·2. Szczepionki (12) usunęły ciepłotę wzniesioną zupełnie.

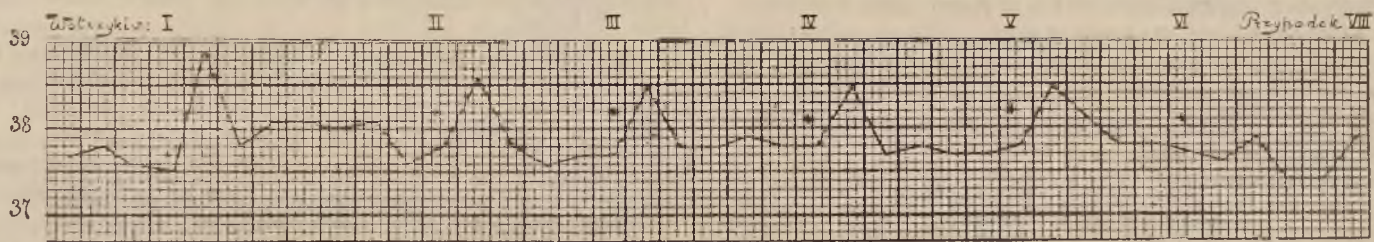
VII. Pani K. S. l. 28. Szczupła blondynka, kilkakrotnie lecząca się w Zakopanem. Condens. apic. dextri. Infiltratio c. crepitat. in lob. infer. pulm. dx. ad lin. axillar. Crepitationes in VI et VII spatiis intercost. ad lin. axillar. sinistr. Ciepłota około 37·5. Spirometr 2000. Pobyt w Zakopanem od maja 1909 ze stopniowem pogarszaniem się stanu. W marcu zacząłem stosować szczepionki. Krzywą ciepłoty załączam. Leczenie przerwano z powodu zawezwania rodziny. Ordynujący przed stosowaniem szczepionek lekarz przy badaniu przed wyjazdem stwierdził znaczną poprawę, mianowicie rzężenia po lewej stronie znikły, a po prawej wyraźnie się zmniejszyły. Ciepłota przy odjeździe prawidłowa.

Nr 2.



VIII. Pani K. S. lat 33. Chora od lat siedmiu. Infiltr. lob. sup. pulm. sinist. c. crepitationibus. Pleuritis chron. dextr. in part. infer. Infiltr. apic. dext. Ciepłota około 38·0. Połykanie plwociny, poty. Pobyt w Zakopanem od września 1909. Bez poprawy do marca 1910. W marcu zacząłem stosować szczepionki. Po każdem wstrzyknięciu ciepłota się podnosiła (zob. krzywą Nr 3), stopniowo coraz mniej. Miejscowo w płucach poprawa nie wystąpiła. Chora wyjechała na południe, gdzie przebyła zapalenie płuc, wróciła w maju w okolice podgórskie i w lipcu zaczęła znów stosować szczepionki. Po kilku szczepionkach ciepłota opadła do normy, chora w październiku odbyła dalszą podróż (do Monachium) bez złych następstw. W końcu października b. r. badanie moje stwierdziło rzężenia tylko pod lewym obojczykiem. Leczenie szczepionkami w toku.

Nr 3.



IX. Pani M. L., mężatka l. 32. Słuszna, tęga blondyna. Ciepłota około 37·4. Infiltr. pulmon. dextr. c. crepit. Spirometr 2200. Chora od 2 lat. Bezdzietna z obawy przed suchotami. Pobyt w Zakopanem od listopada 1909. Stan prawie bez poprawy do marca 1910. Po 12 szczepionkach ciepłota około 36·7. Poczucie zdrowia. Spirometr 2700. Stan ten utrzymuje się po dziś dzień, a przechowuję list chorej, w którym mię zapytuje, czy może mieć dziecko.

X. Pani M. J. l. 23. Wynędzniała po połogu i karmieniu suchotnica. Ciepłota około 38 C. Infiltr. cum caverna in lob. sup. pulm. dextr. Infiltr. apic. sinistr. Obfite odpluwanie, poty. Słaby głos. Spirometr 1000! Odrazu zacząłem stosować szczepionki. Po dwu tygodniach — ciepłota prawidłowa, spirometr 1200. Po 12 szczepionkach wyjazd na wieś ze znacznym przybytkiem wagi, rzadkim kaszlem z plwociną i wcale nie złem wyglądaniem. O dalszych losach chorej nie mam wiadomości.

Z przytoczonych przypadków I, IV, V, VI, VII, IX i X, a więc 7:10 — były tak zachęcające, że zdecydowałem się pojechać do szpitala sosnowieckiego, gdzie dyrektorem jest Dr Czajkowski. Widziałem tam przypadek zapalenia płuc krupowego, leczony swoistą szczepionką, z prze-

łomem czwartego dnia, kilka przypadków gruźlicy płucnej, wiele przypadków gruźlicy kości, rozmawiałem z chorymi, dochodzącymi na szczepienia i o wyniki pytałem. Widziałem chorą na raka wargi dolnej, staruszkę, która już dwa lata leczy się swoistą szczepionką i u której nowotwór wydaje się prawie wyleczony, bo ani jednego gruczołu obrzmiałego w otoczeniu niema, a warga, choć ścieńczała i zbliznowaciała, kosmetycznie dobrze się przedstawia. Nie mam prawa opisywać materyału klinicznego Dra Czajkowskiego; jeśli o nim wspominam, to jako na dowód uprzejmości kol. Czajkowskiego, który każdemu z ciekawych kolegów szpital swój i chorych pokazuje. Może to zachęci kolegów do naocznego traktowania poruszonej tu sprawy.

Postanowiłem wtedy w dalszym ciągu stosować szczepionki w przypadkach cięższych lub uporczywych, a nawet i zapobiegawczo. Materyał cały zapisuję skrzętnie, a teraz przytoczę tylko ciekawsze przypadki. Z tego kilka ujemnych.

XI. Pan M. S. l. 28. Neurastenik. Ciepłota 37·3. Osłabienie, poty. Wybitny odczyn Moro. Częste biegunki. Spirometr 4000. Badanie płuc — ujemne. Rozpoznanie: scrophulosis — resp. enteritis tbc. Działanie piętnastu szczepionek niewyraźne, nieco rzadsze biegunki, nieco lepsza ciepłota.

XII. Panna H. Z. l. 26. Infiltr. apic. dextr. recens. Moro — dodatni. Ciepłota około 37·4. Osłabienie. Po 10 szczepionkach zupełna poprawa i wyjazd jako zdrowej.

XIII. Panna M. Z. l. 28. Siostra poprzedniej. Ciepłota około 37·6. Moro — dodatni. Badanie płuc — ujemne. Rozpoznanie: Lymphadenitis tbc ad hil. pulm? Działanie 12 szczepionek — słabe; nieznaczna poprawa ciepłoty, zawsze jednak podgorączkowej.

XIV. Pan J. W. l. 30. Condens. apicum bez rzężeń. Spirometr 3300. Wzrost średni. Odżywienie doskonałe, stan podmiotowy dobry. Cera blada. Ciepłota około 37·3. Poty; kilkanaście szczepionek nie wywarło żadnego skutku.

XV. Panna D. l. 25. Infiltr. lob. sup. pulm. dextr. c. crepit. Enteritis tbc. Ciepłota około 37·5. W Zakopanem od stycznia 1909. Od marca 1910 do lipca — w łóżku. W lipcu objąłem leczenie. Po 15 szczepionkach — ciepłota około 37·2 (bywają dnie i bez ciepłoty wzniesionej), rzężenia znikły, biegunki bardzo rzadko, — chora opuściła łóżko. Poprzedni lekarz wobec chorej wyłączał możliwość poprawy.

XVI. Pan J. K. l. 22. Condens. apic. dext. Infiltr. recens apic. sinistr. c. crepit. Wychudzenie niezwykłe. Ciepłota prawidłowa. Moro — dodatni. Po 15 szczepionkach rzężenia znikły. Chory nietylko nie werendował, ale spędzał czas na zabawach. Przybytek wagi 6 klg.

XVII. Pani S. M. l. 24. Infiltr. lob. sup. pulm. dextr. c. crepit. Po raz wtóry w Zakopanem. Ciepłota 37·3. Po 15 szczepionkach — rzężenia znikły. Ciepłota czasem 37·1.

XVIII. Dr D. l. 34. Infiltr. c. crepit. pulm. sin. totius Infiltr. ap. dext. Ciepłota około 37·5. Obfite odpluwanie, duszność przy ruchu. Spirometr 2500. Poty. Pleurit. sicca sinistr. Obesitas. Po zaczęciu szczepionek — pleuritis znikła, poty ustały, odpluwanie nieco się zmniejszyło. Ciepłota jednak ta sama. Chory dostał 20 szczepionek. Leczenie w toku.

XIX. Panna M. A. l. 18. Condens. lob. sup. pulm. dext. Adhaesiones pleurae dext. Leczy się od 2 lat. Zgłosiła się z zaostrzeniem sprawy po podróży. Ciepłota 37·5. Pleurit. recens sicca sub angulo scap. sin., ibidem expirium prolong. Po 10 szczepionkach — prawidłowa ciepłota, spirometrycznie przybyło 350, uczucie męczenia się znikło, bole opłucnej ustały, wydech wydłużony znikł. Leczenie odbyło się ambulatoryjnie. W dziesięć dni po ostatniej szczepionce — wycieczka na górski szczyt i przemoczenie w deszczu, bez następstw.

(Dok. nast.).

Oceny i sprawozdania.

Prawo Collesa-Baumesa i Profety wobec nowych metod badania kiły.

Sprawozdanie poglądowe.

Napisał

Dr Stanisław Welecki.

Jakkolwiek pojęcie kiły dziedzicznej znane było już w XVI wieku, a jej istotę i drogi przenoszenia opisywało już wielu owoczesnych autorów (Fallopia, Fernelius, Augerius Ferrerus), nie było ono jednak przez wszystkich uznane. Mianowicie szkoła Huntera (Girtenauer, Hencke, Rickord), która wyłączała zakaźność kiły drugorzędnej, przypuszczając, że zakażenie może się odbyć tylko przez wrzód pierwotny, nie uznawała temsamem możliwości dziedziczenia kiły. Wnet jednak, dzięki badaniom Depauta, Trousseau, Cazeaux nad zmianami kiłowemi u noworodków, zwłaszcza nad dziedziczną kiłą trzew upadło zapatrywanie Huntera, a ogłoszone w r. 1837 prawo Collesa (sformułowane przez Baumesa), było wyrazem ogólnego już uznania dziedziczności tej choroby.

Niemniej przeto już wtedy różniły się zapatrywania autorów co do sposobu dziedzicznego przenoszenia kiły. Zapatrywaniu, że kiła może przenieść się na płód tylko w chwili zapłodnienia przeciwstawiono twierdzenie, że przenosi się ona dopiero po zapłodnieniu (postconceptionell). Jako bezwzględnie częstszy sposób dziedziczenia uznano przenoszenie jadu kiłowego drogą komórek nasiennych, najczęściej nasienia męskiego, nie wyłączając jednak możliwości przenoszenia się kiły także przez jajko kobiece i to w chwili zapłodnienia.

Fournier poszedł tak daleko, że za kiłę dziedziczną uważał wyłącznie i tylko taką, którą płód już w chwili płodzenia od chorych rodziców nabył. »Ta zaś kiła, która dopiero po poczęciu na płód przeniesioną została, nie powinna być uważana za dziedziczną kiłę«. Definicya Fourniera ma jednak znaczenie raczej teoretyczne, bo zresztą wszędzie w piśmiennictwie określano także kiłę nabytą w łonie matki już po zapłodnieniu jako dziedziczną. Finger w r. 1898 podaje 52 znanych sobie takich pewnych przypadków, gdzie matka dopiero w czasie ciąży kiłę nabyła i urodziła dzieci kiłą obciążone. Kilka z tych kobiet zakaziło się dopiero w 9 miesiącu ciąży, a urodzone dzieci przedstawiały znamiona świeżej kiły drugorzędnej.

Zagadką jednak było, czy możliwa jest droga odwrotna, t. j. przenoszenie jadu kiłowego lub jego produktów z kiłowego — z winy ojca — płodu na dotychczas niezakażoną, chory płód w łonie noszącą matkę. Twierdzenie Gardieu, że matka taka z reguły od swego dziecięcia nabywa kiłę, przyjął, choć nie dla wszystkich przypadków, Ricord (choc en retour). Temu jednak mniemaniu, jakoby matka podczas zapładniającego stosunku z mężczyzną chorym na kiłę mogła pozostać zdrową i później dopiero od swego kiłowego dziecięcia kiłę nabywała, sprzeciwili się Bärensprung, Kaposi, Zeist i in., twierdząc, że chodzi tu prawdopodobnie o śródmaciczne, a dla badania niedostępne zakażenie chorem nasieniem.

Obok tego prawa przyjętego mimo opozycyi wyżej wymienionych autorów, przez Hutchinsona, Fourniera i in., spotykamy drugie: prawo Collesa-Baumesa, powiadające, że

»matka, która urodziła dzieci przez ojca kiłowe, sama objawów kiły nie przedstawiając, jest przeciw kile ich odporna«. Tak wiele jednak ogłoszono wyjątków od tego prawa (Finger zebrał 21, prócz tego Hochsinger, Fravis, Collet, Pauker), że już wnet po jego sformułowaniu powstało pytanie, czy jest ono w całej rozciągłości prawdziwe.

Jeżeli z kiłowych rodziców rodzi się dziecię bez klinicznych objawów kiły (zdrowe), ma ono posiadać odporność przeciwkiłową, jak to wynioskował Profeta na podstawie spostrzeżenia, że matki ze świeżemi zmianami kiłowemi na brodawkach sutkowych i ustach nie zakażają takich dzieci, choć je całują i karmią. Jednakże pokaźna liczba przypadków (Mireura, Barthelemyego, Bährenda, Weila, Grünfelda i in.) wykazuje, że przecież takie dzieci, mające szanse do odporności według Profety, zakażały się kiłą od matek lub osób postronnych. Przypadki te znowu odbierają prawu Profety znaczenie prawa ogólnego i tworzą trzeci typ: zdrowych dzieci, spłodzonych przez kiłowych rodziców.

Przeciw tym pojęciom, w szczególności przeciw możliwości przenoszenia się kiły drogą rozrodczą (l. germinativa) i przeciw możliwości przenoszenia tylko odporności przeciwkiłowej bez samej choroby czyto z dziecięcia na matkę, czy na odwrót, wystąpił Matzenauer w r. 1903. Na podstawie krytycznego przeglądu piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń dochodzi on do wniosku, że skoro nieznamy dotychczas żadnej choroby zakaźnej, któraby się wyłącznie przez ojca dziedziczyła, skoro niema dowodów, aby nasienie kiłowych było zakaźne, o ile niema zmian kiłowych w jądrach, skoro dalej i przy kile od ojca rzekomo dziedziczonej spotykamy zmiany, cechujące kiłę, także i w łożysku, — to niema podstaw do wyłącznie rozrodczego dziedziczenia kiły, a raczej z Bärensprungiem, Kaposim, Zeistem i in., zgodzićby się należało, że nietylko dziecię, ale równocześnie i matka zostaje zakażona.

Wprawdzie statystyka wykazuje, że 20—38% matek, rodzących dzieci kiłowe, nie okazuje zmian kiłowych, z drugiej strony jednak faktem jest, że u 38—40% kobiet z kiłą trzeciorzędną nie można wykazać przebytego 1. i 2. okresu. Nie jest wyłączonem, że te daty stoją z sobą w związku. Oczywista, że te kobiety, mając już raz kiłę, nie zakażają się nią powtórnie i tem tłómaczy się ich pozorna odporność; prawdziwa zaś odporność dowieść się nie da. Również na podstawie tak licznych zakażeń dzieci rodziców kiłowych czyto »intra partum«, czyto wnet po urodzeniu, gdzieby jeszcze odporność według Profety powinna istnieć, — uważa Matzenauer prawo Profety za nieodpowiadające prawdziwemu stanowi rzeczy.

Krytyczne poglądy Matzenauera spotkały się jednak z ostrą polemiką; Finger wkrótce przedstawił fakty, przemawiające za dziedziczeniem kiły od ojca, jakoto: 1) ojciec po leczeniu przeciwkiłowem płodzi zdrowe dzieci; 2) kobiety, które z chorym na kiłę mężczyzną płodziły kiłowe dzieci, płodzą z innym zdrowym mężczyzną zdrowe; 3) zdrowa matka kiłowego dziecięcia może później od tego samego dziecka lub też w inny sposób nabyć kiłę (?); 4) około 100 znanych, do 18 lat obserwowanych matek kiłowych dzieci, któreto matki pozostały zdrowe; 5) leczenie przeciwkiłowe matki pozostaje bez wpływu na kiłę dalszego potomstwa.

Te spostrzeżenia, poparte przez Kassowitza, Neumanna, Langa i innych, osłabiły znacznie siłę dowodową twierdzeń Matzenauera i właściwie postawiły rzecz całą na dawnem stanowisku, t. j., że jakkolwiek przeniesienie kiły z chorej matki jest najczęstsze, nie da się jednak wyłączyć przeniesienia kiły tylko z chorego ojca na płód bez zakażenia matki, — która w danym przypadku może zyskać tylko odporność przeciw kile. Jednakże ta obszerna dyskusya i często różnorakie tłómaczenie podobnych faktów dobitnie wykazały, że do poznania dróg dziedziczenia kiły potrzeba dokładniejszych metod badania, niż obserwacya kliniczna.

Ponieważ badania anatomiczno-patologiczne, jakkolwiek znacznie rozszerzyły znajomość objawów kiły dziedzicznej, prawie zupełnie nie przyczyniły się do wyjaśnienia sposobu jej dziedziczenia, przeto w ostatnich latach po odkryciu krętka bladego i odczynu surowiczego kiły zwrócono się do badania temi metodami.

Już prace Baba i Hedrena dowiodły, że ustrój dziecięcy może w wyższym stopniu, niż ustrój dorosłego, stanowi podatne podłoże dla rozwoju krętka bladego, do tego stopnia, że kiłę dziecka wprost nazywano spiryllozą. Spotyka się bowiem krętki we wszystkich prawie narządach dzieci, dotkniętych kiłą dziedziczną, także w jądrach i jajnikach; Levaditi i Savage znaleźli je nawet w pęcherzykach Graafa. U dorosłych nie spotkano krętków nigdy ani w jajnikach, ani w jądrach, ani w nasieniu.

W piśmiennictwie znane są tylko dwa przypadki (Landsteiner), gdzie przez przeszczepienie nasienia dwu kiłowych na małpy wywołano wrzody pierwotne. Jeden jednak z tych chorych miał kiłę jąder, drugi świeżą ciężką drugorzędną kiłę. Zresztą wszystkie szczepienia podejmowane przez innych autorów, wypadały ujemnie.

Tak więc te dodatnie czy ujemne wyniki poszukiwania krętków i przeszczepiania nic nam nie mówią co do sposobu dziedziczenia kiły, ani bowiem z nich nie można wnosić, czy jajko rzeczywiście przez nasienie chorego człowieka może zostać zakażone, ani, czy takie ewentualnie zakażone jajko zdolne jest do rozwoju.

O wiele więcej wniosków wysnuć można z badań łożyska co do krętków, zwłaszcza, o ile równocześnie wykonano próbę Wassermanna-Neissera-Brucka u matki i dziecka. Już dziś nie ulega wątpliwości, że dodatni odczyn Wassermanna-Neissera-Brucka sam przez się dowodzi kiły, wyjąwszy bowiem nieliczne przypadki jak framboezyę, gorączkę powrotną, trąd, ciężką gruźlicę i czasem zimnicę — a więc choroby dość łatwo dające się wyłączyć, — odczyn ten wypada dodatnio tylko w kile. I jakkolwiek nie chodzi tu prawdopodobnie o działanie wywoływacza (antygenu) wprost na niwecznik (anticorps [jak tego dowodzą próby Levaditiego i Marie, którzy stwierdzili, że płyn mózgowordzeniowy chorych z dodatnim odczynem WNB zupełnie nie osłabia żywotności ani nie zabija krętków bladych, jakoteż i fakt, że uważany przedtem za swoisty wywoływacz wyciąg z kiłowej wątroby da się zastąpić przez ciała o znanej budowie chemicznej, jak lecytyna (Porges-Maier), cholesteryna (Fleischmann), oleinian sodowy (Sachs-Fleischmann), lub wyciągi ze zdrowych narządów, jak z serca morskiej świnki lub wołu (Landsteiner-Müller-Pötzl)] — mimo to jest odczyn WNB dla choroby jako takiej swoisty. Prawdopodobnie chodzi tu według Levaditiego o ciała przyrody koloidalnej, które i w prawidłowych warunkach w niewielkiej ilości w ustroju się znajdują, a po wtargnięciu krętków bladych, pomnażają się znacznie. Tak więc odczyn WNB byłby swoisty nie dla samych krętków bladych, lecz dla procesu chemicznego, przez nie w ustroju wywołanego (Levaditi, Bruck, Lesser, Neisser).

Wyzyskując jednak odczyn WNB do ocenienia zdrowia matki, rodzącej dzieci kiłowe, musi się wziąć w rachubę rozważania Baba i Opitza, czy ciała, które wywołują związanie dopełniacza powstają z reguły w ustroju danej matki, czy może przechodzą tylko z ustroju dziecięcia obciążonego kiłą przez ojca drogą krążenia łożyskowego do ustroju matki. W ten sposób odczyn wypadłby dodatnio mimo, że matka jest wolną od kiły. Tu jednak przychodzi w pomoc obserwacya kliniczna. Dowodzi ona, że odczyn ten, o ile w czasie ciąży lub wnet po jej ukończeniu wypada dodatnio, bardzo długo się utrzymuje, — że dalej, matki tylko z dodatnim odczynem WNB, a bez żadnych objawów kiły, leczone swoiście, rodziły zdrowe dzieci (Behring). Wreszcie pomyślnym wynikiem uwieńczone poszukiwania krętków bladych w macierzystej części łożyska takich kobiet (Baisch i Trinches) dowodzą, że kobiety te z odczynem dodatnim nie są uodpornione, ale są chore na kiłę. Na tej też podstawie statystyki, podane przez szereg autorów co do za-

chowania się odczynu WNB u matek rodzących dzieci kiłowe, lub też u dzieci, które bez klinicznych znamion kiły, urodziły się z kiłą obciążonych kobiet, można wyzyskać do ocenienia prawdziwości praw Collesa i Profety.

Ogłoszone dotychczas przypadki, która zdołałem zebrać zestawiam dla lepszego przeglądu w tabliczce następującej. Wszystkie w niej podane liczby odnoszą się do kobiet, które rzekomo kiły nie przechodziły, a urodziły kiłą obciążone dzieci.

Autor	Liczba badanych serologicznie matek	Z tego odczyn WNB dodatni	% dodatni WNB
Knöpfelmacher-Lehndorf	91	54	59,3%
Rietschl	12	12	100%
Thomsen-Boas	19	16	84,2%
Baisch	72	63	88%
Frankl	8	8	100%
Cassel	2	2	
Behring	32	28	87,5%

Dla ocenienia wartości tych liczb porównać je należy z wynikami, jakie daje odczyn WNB, wykonany u mężczyzn i kobiet nieciężarnych w różnych okresach kiły. Wiemy z prac Müllera, Brucka, Blaschkego, Zessera i. i., że nie zawsze wypada on dodatnio i bywa często nierównomierny w różnych okresach kiły. Lederman zestawił na podstawie swojej statystyki i dat przez powyższych autorów podanych następujące obliczenie:

Odczyn WNB wypada dodatnio:

przy wrzodzie pierwotnym: w 63,48%
w kile drugorzędnej z objawami: w 95,3%
w kile drugorzędnej bez objawów: w 71,3%
w kile trzeciorzędnej: w 91,3%
w kile późnej: w 48,87%
w kile ukrytej: w 62%
w kile mózgowo-rdzeniowej i wiądzie rdzenia: w 77%
we wszystkich wywiadowo i klinicznie pewnych przypadkach kiły (średnia): w 78%.

Porównanie tych dwu zestawień wskazuje, że odsetek dodatniego odczynu WNB u matek, które urodziły dzieci z objawami kiły dziedzicznej, same objawów tej choroby nie przedstawiając, waha się mniej więcej w tych granicach, jak odsetek dodatniego odczynu przy kile drugorzędnej bez świeżych zmian. Zważyć przytem należy, że we krwi kobiet, które niedawno rodziły, krążą czasem w dość znacznej liczbie ciała, rozpuszczające czerwone krwinki barana (Landsteiner-Müller); ciała te mogą się również przyczyniać do ujemnego wyniku odczynu. Wchodzi tu także w rachubę i to, że wiele z tych kobiet, zwłaszcza z ujemnym odczynem WNB, jeszcze dawno przed wielu laty rodziło kiłowe dzieci, kiła ich więc jużto mogła wygasnąć, już wejść w okres kiły późnej utajonej, a więc okres, dający i w innych warunkach najmniejszy odsetek dodatniego odczynu surowiczego.

Szczuplejsza od poprzedniej statystyka, odnosząca się do dzieci badanych co do odczynu surowiczego, których matki miały pewną kiłę i dodatni odczyn WNB, tak się przedstawia:

Autor	Liczba badanych dzieci	Z tego odczyn WNB dodatni
Knöpfelmacher-Lehndorf	25	18
Wechselmann	6	5
Frankl	3	1
Thomsen-Boas	11	7
Opitz	32	18
Max Josef	1	1
J. Cassel	7	6
Behring	13	9

Liczby te wykazują mniejszy, niżby się spodziewać należało odsetek dodatniego odczynu u takich dzieci. Dowodzą one jednak bezsprzecznie, że substancye, od których zależy odczyn WNB, nie przechodzą z reguły z matki na dziecię przez błony płodowe, skoro tak wielka liczba dzieci matek kiłowych wykazuje odczyn ujemny, mimo, że u matki istnieje odczyn dodatni, — że te substancye zachowują się raczej jak niweczniki (anticorps), których przechodzenie przez błony płodowe jest niedowiedzione i bardzo wątpliwe. Obserwacya zaś tych dzieci z dodatnim odczynem, które klinicznych objawów kiły nie przedstawiają, poucza, że uważać je trzeba raczej za chore, niż za odporne, w przeważnej bowiem liczbie przypadków zauważono już po niedługim czasie dalszy rozwój kiły w postaci kłykcin sączących, wysypek i t. d.

Tak więc zdanie Lessera, Neissera i i., że »dodatni odczyn WNB dowodzi bezsprzecznie istnienia czynnych krętków bladych w danym ustroju« i tu znajduje zastosowanie —, ujemny zaś wynik odczynu o niczem nie świadczy. Pomijając już bowiem okoliczność, że odczyn w wielu przypadkach nawet pewnej klinicznie kiły zawodzi, występuje tu jeszcze jedna przez Bara i Daunaya podana przeszkoda, t. j. większa ilość barwików żółciowych we krwi noworodków, które to barwiki same przez się mogą być przyczyną rozpuszczania ciałek czerwonych barana. Przypadki zaś Wechselmana, gdzie u takich dzieci odczyn ujemny później przemieniał się w dodatni wraz z wybuchem późniejszych już okresów kiły, dają jeszcze lepszą podstawę twierdzeniu, że odczyn ujemny nie jest pewnym dowodem zdrowia dziecka.

Bardzo ciekawe światło na prawo Callesa rzuca także niedawno ogłoszona statystyka Baischa, który z badaniem surowicy połączył poszukiwanie krętków w łożysku i ewentualnie w narządach wewnętrznych płodu. Podzielił on sam swą statystykę na trzy grupy: Pierwsza z nich jest właściwie grupą kontrolną i obejmuje matki nawykowo roniące (abortus habitualis) bez dodatniego odczynu WNB i bez krętków u płodu, kobiety więc co do kiły zdrowe, a roniące z innych przyczyn. Druga grupa obejmuje: a) 27 matek z pewnymi klinicznymi objawami kiły i dodatnim odczynem surowiczym (tylko u 3 był odczyn ujemny mimo napewno przebytej kiły), b) 75 matek bez dowodów przebycia kiły, lub choćby wywiadów za nią przemawiających, ale z dodatnim odczynem WNB. U wszystkich matek tej grupy [tak a) jak i b)] znaleźli Baisch i Trinchese krętki blade w macierzystej części łożyska, tkance doczesnej i przestrzeni międzykosmkowej, co byłoby już pewnym dowodem, że dodatni odczyn WNB w tych przypadkach rzeczywiście wywołało ognisko krętków bladych, żyjących w ustroju matki. Najciekawsza jest trzecia grupa, obejmująca dwanaście ujemnie oddziałujących kobiet, które zrodziły dzieci, kiłą dziedziczną obciążone; również i u tych matek znaleziono krętki w matczynej części łożyska i w przestrzeniach międzykosmkowych, a więc w krążeniu matczynem; i te przeto kobiety od kiły nie były wolne. Przypadki te o tyle mają doniosłe znaczenie, bo dowodzą, że te kobiety, które tak na podstawie badania klinicznego, jak i na podstawie ujemnego odczynu surowiczego można było uważać za zdrowe lub nawet odporne, — są chore na kiłę utajoną.

Rozpatrując materyał, zebrany przez badania surowicy i badania bakteryologiczne musimy dojść do wniosku, że w zasadzie kobiety, rodzące dzieci z objawami kiły, same są nią również zakażone, — chociażby nawet klinicznych objawów kiły nie przedstawiały. Przemawia za tem fakt, że odczyn WNB wypada u tych kobiet dodatnio w tym samym odsetku, jak i w innych warunkach przy kile bez świeżych objawów, przemawia za tem również obecność krętków (Baisch) w matczynej części łożyska tych kobiet. I jakkolwiek powyższe badania nie dają jeszcze niezbitych bezpośrednich dowodów przeciw możliwości przeniesienia się kiły tylko przez ojca na dziecię bez zakażenia matki, to dowodzą jednak, że przypadki takie zachodzą chyba

tylko może wyjątkowo. Matki dzieci kiłowych dlatego są więc przeciw kile odporne, bo są na nią chore.

Przyjąwszy już ten sposób dziedziczenia przez matkę drogą łożyska za pewnie dowiedziony, stoimy jeszcze przed jednem, tylko teoretyczne znaczenie mającem zagadnieniem: czy możliwe jest dziedziczenie germinatywne przez matkę, t. j. drogą jajka?

Ujemne dotychczas wyniki poszukiwania krętków w pęcherzykach Graafa kobiet dorosłych nie rozświetlają tego zagadnienia, a samo przez się dołączające się tu pytanie, czy takie zakażone jajko byłoby wogóle zdolne do rozwoju, również dzisiaj musi pozostać bez odpowiedzi. Te same badania nad dziećmi, zrodzonemi z matek kiłowych, wykazują, że są one w przeważnej części kiłą obciążone — w nielicznych tylko przypadkach zdrowe. Badania te nie dają dowodów możliwości istnienia odporności, — owszem przeciw niej przemawiają.

Praktyczną korzyścią tych badań jest to, że dają one już pewniejsze wskazania co do karmienia dzieci, o ile albo u matki, albo u dziecka znajdziemy kliniczne objawy kiły. O ile i u matki i u dziecięcia odczyn WNB jest dodatni, o tyle matka może bez obawy dziecię swe karmić, chociażby u jednego z nich brakowało klinicznych objawów kiły: oboje bowiem na kiłę są chore. Jeżeli matka przedstawia albo odczyn WNB dodatni albo kliniczne objawy kiły, u dziecka zaś ani jednego, ani drugiego niema, to takiego dziecięcia nie można dać do karmienia matce, nie da się bowiem wyłączyć, że może ono być zdrowe. Najtrudniej odpowiedzieć na pytanie, czy można matce bez objawów klinicznych kiły i z ujemnym odczynem WNB pozwolić karmić własne dziecko ze zmianami kiłowemi? Na to pytanie odpowiadają wyniki wszystkich powyższych badań raczej tak, niż nie.

Piśmiennictwo. 1) J. Neumann: Syphilis. Nothnagels Path. u. Ther. 1899. — 2) Bab: Centralb. f. Gyn. 1909. Nr 15. — 3) Wechselman: Deut. med. Wochschr. 1909. Nr 15. — 4) Baisch: Gynek. Rundschau. 1909. Str. 500. — 5) Matzenauer: Wiener med. Wochschr. 1903. — 6) Thomsen i Boas: Berl. klin. Woch. 1909. Str. 539. — 7) Bauer. Wiener klin. Wochschr. 1908. Nr 36. — 8) Finger: Wiener klin. Woch. 1898. Str. 64. — 9) Rietschel: Medic. Klinik. 1909. Nr 18. — 10) Opitz: Medic. Klinik. 1908. Nr 30. — 11) Finger-Landsteiner: Akad. Umiej. w Wiedniu. T. 115. O. III. — 12) Neisser: Die experiment. Syphilisforschung. Berl. kl. Wochschr. 1908. Str. 565. — 13) Frankl: Gynek. Rundschau. 1909. Str. 499. — 14) Knöpfelmacher-Lehndorf. Wien. med. Wochschr. 1908. — 15) Cisami: Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1910. Str. 179. — 16) C. Levaditi, J. Roché: La Syphilis. Paris 1909. — 17) Ledermann: Deut. med. Wochschr. 1908. 1760. — 18) Lesser: Deut. med. Woch. 1909. — 19) Landsteiner-Müller-Pötzl: Wiener klin. Wochschr. 1907. Str. 1565.— 20) Bering: Deutsch. med. Woch. 1909, Nr 5. — 21) Baisch: Münch. med. Wochschr. 1909. Nr 38.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

W. Müller. **Nowy sposób rychłego rozpoznawania i zapobiegawczego leczenia krwioplucia.** (Wiener med. Wochs. 1910, 16. VII.). Jak wiadomo, oddają przetwory makowca znakomite usługi w leczeniu krwotoków płucnych, co tłomaczymy sobie zarówno tem, że środki te uśmierzają towarzyszący sprawie kaszel, jak i tem, że równocześnie obniżają parcie krwi. Pojęcie więc mechanizmu krwotoku mieści w sobie pojęcie wzmożonego parcia ościennego krwi. Autor podjął w tym względzie ciekawe badania. Porównując parcie krwi u osobników zdrowych z parciem u suchotników, którzy nigdy aż do chwili badania nie mieli krwioplucia, przekonał się autor, że parcie tętnicze u takich suchotników jest o wiele niższe od prawidłowego, co zresztą godzi się ze spostrzeżeniami innych autorów (Marfan, Naumann, Hensen i t. d.). Przeciwnie zaś u osób, dotkniętych gruźlicą płuc, które już odpluwały krew, M. stale znajdował parcie krwi wzmożone. Podobne wyniki otrzymał dawniej i Naumann, jednak nie wpadł na myśl wyzyskania ich dla rychłego rozpoznania krwioplucia. Otóż obecnie M., mając sposobność stałego mierzenia parcia krwi u pewnej liczby suchotników w okresie, poprzedzającym krwioplucie, przekonał się, że u tych chorych parcie krwi aż do chwili zjawienia się krwioplucia zwolna, ale stale się podnosi. U jednego pokazała się w plwocinie krew w chwili, kiedy parcie podniosło się o 20 mm., a u jeszcze innych stwierdził M. w chwili pojawienia się krwi parcie jeszcze wyższe. Istnieje zatem między podniesieniem się parcia krwi, a krwiopluciem związek ścisły, i to nieraz nawet na kilka tygodni przed krwotokiem można już stwierdzić podniesienie się parcia. Wobec tego łatwo pojąć, że jest rzeczą możliwą zapobiedz krwotokowi, jeśli się postaramy o obniżenie tego parcia nieprawidłowo wzmożonego. I dlatego, ilekroć M. stwierdzał u chorego na gruźlicę wzmożone parcie, zapowiadające zdaniem jego bliski krwotok, zalecał bezwzględny fizyczny i psychiczny spokój, a więc leżenie w łóżku, a z leków naparstnicę i morfinę. Leczenie stosuje M. dopóty, aż pomiary parcia, wykazując jego obniżenie, dowiodą, że niebezpieczeństwo minęło. W ten sposób postępując, zdołał M. uchronić przed krwotokiem 98% przypadków, a jeśli w 2 przypadkach krew się mimo to pokazała, to wyjątki te tylko potwierdzają regułę, gdyż odnoszą się do chorych, którym M. ze względu na podniesione parcie zalecił położyć się do łóżka, ale którzy mimo to tej rady nie posłuchali, za prędko poczęli wstawać i niedługo potem dostali mocnych krwotoków. Stahr.

Bernheim. **O asystolii żylnej przy przeroście lewego serca.** (Revue de méd. 1910, Nr 10). Przerost serca lewego, bądź pierwotny, bądź pozostający w związku z niedomykalnością zastawek aorty, z miażdżycą aorty, lub z śródmiąższowem zapaleniem nerek, bardzo często bywa przez chorych dobrze znoszony, nie wywołując objawów niedomogi, co najwyżej wywołując tylko duszność przy wysiłkach, a chorzy tacy żyją długo. Atoli, według Bernheima, dość często jednak przerost lewego serca daje powód do powstawania obrazu asystolii żylnej, z sinicą twarzy, rozszerzeniem żył szyjnych, dusznością, obrzękami i moczem zastoinowym, a chorzy tacy prędko umierają. Nie można tego tłomaczyć zwyrodnieniem mięśnia sercowego, gdyż B. znajdował w tych przypadkach przy sekcyi serce makroskopowo i mikroskopowo niezmienione. Zdaniem B. nie uwzględniano dotąd w powyższych przypadkach właściwej przyczyny, którą stanowi niedomoga serca prawego, nie powstająca pod wpływem zastoju w płucach, ale wywołana przez przerost przegrody międzykomorowej i rozszerzanie się lewej komory przerosłej bezpośrednio kosztem prawej komory, która znowuż ulega przez to rozpychanie się lewego serca silnemu ścieśnieniu. Twierdzenie swoje objaśnia B. na dziesięciu spostrzeżeniach klinicznych, zakończonych sekcyą. Podaje on, że zjawisko to od czasu, kiedy zwrócił na nie uwagę, spostrzega bardzo często.

Dr Blassberg.

G. Brückner. **O znaczeniu durów lekkich (typhus ambulatorius) u dzieci dla szerzenia się choroby.** (Münch. med. Wochs. 1910, 7. VI.). Ogólnie się głosi, że dur nawiedza głównie ludzi między 20. a 30. rokiem życia, a tymczasem wedle badań autora dzieci od 1. do 15. roku życia są szczególnie wrażliwe na zakażenie durowe, i to głównie w czasie epidemii. B. zwraca uwagę, że u dzieci dur przebiega często bardzo łagodnie i dlatego trudno go klinicznie rozpoznać, i że stąd często wcale nie bywa leczony, z czego wynika tem większe niebepieczeństwo dla otoczenia. Autor szczegółowo opisuje trzy epidemie, z których każda miała jako punkt wyjścia dur u dziecka, nie rozpoznany na czasie. Aby więc skutecznie zwal-

czać te dziecięce zakażenia durowe, należy sobie przyswoić ten pewnik, że dzieci są szczególnie wrażliwe na dur, który może u nich przebiegać bardzo łagodnie, nie przejawiając się naprzykład inaczej, jak zwykła niestrawność. Dlatego u dzieci, okazujących gorączkę nieokreślonej przyrody, należy stale wykonywać badania bakteryologiczne dla wyświetlenia sprawy.

(Ciekawy pod tym względem przypadek ogłosił w temże piśmie z 3. maja b. r. Rommeler: Młoda, 26-letnia kobieta zgłasza się z durem do szpitala. Półtoraroczne dziecko swoje, które do ostatnich dni karmiła piersią, umieszcza u swoich przyjaciół. Dziecko ma wprawdzie biegunkę, ale nikt się tem nie niepokoi, boć dziecko właśnie odstawione od piersi. W 15 dni zapada na dur kobieta, która wzięła dziecko do siebie, potem jedna po drugiej 4 osoby z tej rodziny, a wreszcie 20-letnia krewna tej rodziny, opiekująca się chorymi, która po 6 dniach zmarła. Że przyczyną tej małej epidemii był przyjęty do rodziny osesek, stwierdził odczyn surowiczy i dodatni wynik badania bakteryologicznego jego kału, a dziecko to miało tylko biegunkę nieznaczną, która wcale się nie odbiła na stanie ogólnym). Stahr.

Medycyna teoretyczna.

L. Nègre. **Kilka doświadczeń z rakiem mysim samoistnym i doświadczalnym.** (Ann. de l'Inst. Pasteur. 1910, Nr 2). Badania, podjęte w pracowni Borrela w zakładzie Pasteura, pozwoliły stwierdzić, że pośród myszy pracownianych (2000 do 2500 sztuk), podniosła się częstość raka samoistnego w ciągu dwóch lat: w roku pierwszym wynosiła 0·6%, a w drugim 2%. Jeśliby stosunek ten rósł nadal, toby fakt ten stanowił dowód, przemawiający za teoryą pasorzytową raka. Przeważnie sadowiły się te nowotwory w pachach i pachwinach, a zatem w okolicach ciała myszy, gdzie pasorzyty zewnętrzne żyją w największych ilościach. Częściej pojawiały się guzy na wiosnę i w jesieni, a więc w porach roku najbardziej sprzyjających rozwojowi pasorzytów. Zważywszy nadto, że drogą przewodu pokarmowego nie udało się nigdy zaszczepić raka, to fakty te przemawiają za przypuszczeniem Borrela, że pasorzyty zewnętrzne odgrywają pewną rolę w przenoszeniu raka u myszy. Spirilloza zdaje się też mieć wpływ korzystny na zjawianie się raka. Spirilloza jest częsta u myszy prawidłowych. Jeśli istnieje u myszy chorej na raka, to krętki znajdują się w guzach tak, że przeszczepiając tkankę nowotworową, równocześnie przeszczepia się i krętki. Krętki na pewno nie są przyczyną raka, ale zakażenie krętkami zdaje się ułatwiać rakowi przyjęcie się w ustroju mysim. I tak pośród 234 myszy, u których były krętki, stwierdzono raka w 4·2% przypadków, podczas gdy pośród 392 myszy, nie mających krętków we krwi, wystąpił rak w $\frac{1}{2}$%. Spirilloza byłaby w stosunku do samoistnego raka u myszy tem, czem jest kiła w stosunku do raka u człowieka. Na razie nie można przypisywać spirillozie większej roli w sprawie raka myszy, skoro jej się nie stwierdza we wszystkich rakach samoistnych.

Poszukiwania autora w sprawie raka doświadczalnego zdążały do określenia wpływu, jaki wywierają pewne odmiany dyety na zaszczepialność i rozwój nowotworów. Obecnie dowiedziono, że dany rak nie może być zaszczepiony na każdej dowolnej myszy, pochodzącej z jakiegokolwiek kraju; i tak np. nowotwór, który szczepiony daje 70—80% dodatnich wyników na myszach duńskich, nie ima się myszy berlińskich. Z drugiej strony myszy berlińskie, bardzo czułe na mięsaka Ehrlicha, są względnie odporne na tenże nowotwór po kilku miesiącach pobytu w Norwegii. A zatem przemiany bardzo delikatne w ustroju myszy mogą mieć bardzo wielki wpływ na wynik szczepienia raka. W celu określenia niektórych z tych przemian autor podawał myszom miesiącami, zanim im zaszczepiał raka, pewne sole, i przekonał się, że myszy, które miesiącami stale spożywały chlorki (sodu i baru), stają się mniej wrażliwe na szczepienie raka, niż myszy tego samego wieku i pochodzenia i tak samo żywione, tylko bez chlorków. Przeciwnie zaś sole potasowe mają wpływ korzystny na rozwój nowotworów. Próby, zmierzające do przystosowania raka do myszy, trzymanych na danej mineralnej dyecie, dozwoliły jedynie stwierdzić, że raki, przystosowane do pewnej soli, nie dają się tak łatwo przeszczepić na myszy, spożywające sól odmienną. Tem się po części tłómaczą trudności, spotykane przez badaczy z początku szczepienia raka myszom, pochodzącym z innych krajów i dopiero z czasem zwolna zjawiające się przystosowywanie się danego raka do danych myszy. Badania te ponownie dowodzą owego wpływu terenu, który klinika już dawno głosiła i uznawała; może i leczenie wyciągnąć z tego pewne korzyści. Stahr.

Bergmann i Guleke. **Przyczynek do teoryi zatrucia wydzieliną trzustki.** (Münch. med. Woch. 1910. Nr 32). B. i G. zastanawiają się w swej pracy nad przyczyną śmierci przy ostrych schorzeniach trzustki i dochodzą do przekonania, że przyczyna ta leży w zatruciu ustroju wydzieliną trzustki. Dowodzą tego doświadczenia na zwierzętach. Tak np. doświadczalnie wywołana zgorzel trzustki wiedzie do śmierci zwierzęcia tylko wtedy, gdy trzustka była czynna przy trawieniu, natomiast zwierzęta głodzone znoszą to doświadczenie zupełnie dobrze i powracają do zdrowia. Rozpadająca się tkanka trzustki sama jest już trująca. Taksamo wielce trująca jest sama wydzielina trzustki i kupne przetwory trzustki. Przez odpowiednie postępowanie przygotowawcze można uzyskać u zwierzęcia uodpornienie przeciwko szkodliwości wywołanej następowo zgorzeli trzustki. Nadają się np. do tego wstrzykiwania trypsyny. Niektórzy twierdzą, że objawy zatrucia są skutkiem działania mydła, powstającego przy chorobach trzustki z tłuszczów. Wprawdzie objawy zatrucia mydłem przypominają nieco objawy przy ostrych cierpieniach trzustki, ale przy pierwszych następuje śmierć wskutek porażenia serca, a przy drugich wskutek porażenia oddechu, a następowo dopiero serca. K.

Hédon. **O wewnętrznem wydzielaniu trzustkowem.** (Révue de médecine. 1910. Nr 8). Na podstawie szeregu doświadczeń twierdzi autor, że teorya o wewnętrznem wydzielaniu trzustkowem i teorya nerwowa cukrzycy nie wyłączają się nawzajem. Mimo bowiem przyjęcia spraw humoralnych, zachodzących przy cukrzycy w trzustce, nie można wyłączyć mechanizmu nerwowego odruchowego, pozostającego zasadniczo w związku z wytwarzaniem się cukru w wątrobie. Przy tym mechanizmie odruchowo-nerwowym niekonieczną jest rzeczą przyjmowanie udziału opuszki i rdzenia, bo nawet po zupełnem przecięciu poprzecznem rdzenia szyjnego możemy po usunięciu trzustki otrzymać zwykłą cukrzycę znacznego natężenia. Dr Blassberg.

Higiena.

Boehnke. **Badania porównawcze praktycznej wartości odkażania mieszkań formaldehydem bez użycia przyrządów.** (Zeitschr. f. Hygiene. Tom 65). Do doświadczeń swych użył autor środków odkażających, znajdujących się w handlu, które za dodatkiem wody pod wpływem wzajemnego oddziaływania chemicznego wytwarzają formaldehyd, oraz taką ilość ciepła, która zmienia wodę w parę wodną w tej ilości, jakiej potrzeba dla skutecznego odkażenia; proces ten chemiczno-fizyczny odbywa się bez przyrządów. Do doświadczeń użył B. autanu z fabryki Bayera w Elberfeld, nadmanganianu potasowego, formaliny i wody w ilościach podanych przez Dorra i Raubitschka, po 20 gr. na 1 m. kub., oraz Loesenera, po 32 gr. na m. kub., autoformu Reihersteega i formanganu Schneidra. Ostatnie dwa przetwory zawierają formaldehyd zmieszany z mydłem, przez co zyskano go w postaci łatwej do transportu, zwłaszcza w ilościach większych. Jako materyału zakaźnego użyto zarazków duru, bakteryi

okrężnicy, gronkowca złocistego i wąglika, zaschłych na nitkach jedwabnych i bibule, które po ukończeniu doświadczeń przechowywano przez 7 dni w bulionie przy 37° C. Najlepsze wyniki uzyskano przy zastosowaniu nadmanganianu potasu i formaliny sposobem Dorra i Raubitschka, Loesenera, oraz formanganu, gorsze przy autanie, najgorsze przy autoformie, który nietylko nie zabił wielu prób, ale w zastosowaniu przez silne pienienie mieszaniny odkażającej okazał się niewygodnym. Próby B. zastąpienia krystalicznego nadmanganianu w sposobach odkażania, podanych przez Doerra i Raubitschka, oraz Loesenera, nadmanganianem surowym, dały wynik ujemny. Największą przeszkodą w zastosowaniu powyższych środków odkażających jest ich wysoka cena, dwu, a nawet trzykrotnie wyższa od ceny przy zastosowaniu formaliny w przyrządzie Flüggego, zalecić je można tylko tam, gdzie zachodzi potrzeba oszczędzania miejsca i kosztów w przesyłaniu środków odkażających, n. p. w czasie wypraw i wojny. L. Bier.

Kalähne i Strunk. **Odkażanie mieszkań za pośrednictwem formaldehydu i nadmanganianu potasu, wydatność ich co do aldehydu gazowego, oraz znaczenie praktyczne.** (Zeitschr. f. Hygiene. Tom 63). W ocenie swej co do wartości odkażających mieszaniny formaldehydu, nadmanganianu potasowego i wody posługiwali się autorowie nietylko własnościami zabójczemi wytworzonej pary formalhehydowej wobec zarazków duru, ropy błękitnej, gronkowca złocistego i zarodników ziemi ogrodowej, zasuszonych na płótnie, lecz również i ilością wydzielonego z chemikaliów aldehydu mrówkowego. Wobec braku metody dostatecznie pewnej, pozwalającej na bezpośrednie określenie ilości wydzielonego aldehydu, posługiwali się autorowie metodą pośrednią. W tym celu oznaczali ilość nadmanganianu potasowego, potrzebnego do całkowitego utlenienia resztek, pozostałych po dokonanem odkażeniu, a zawierających obok formaldehydu, kwasy mrówkowy i szczawiowy i inne produkta utlenienia, a odpowiadający tejże ilości nadmanganianu formaldehyd odliczali od ilości ogólnie użytej, otrzymując tym sposobem ilość formaldehydu, wydzielonego jako gaz do odkażanej przestrzeni. Zmieniając wobec 2 innych składników formaliny, wody i nadmanganianu, dowolnie ilość trzeciego, stwierdzili autorowie, że przy zastosowaniu 3 części wody na 1 część formaldehydu i $2^1/_2$ części nadmanganianu otrzymuje się warunki najkorzystniejsze tak co do ilości wyparowanej formaliny, jak również co do zabitych zarodników ziemi ogrodowej, a korzystniejsze, aniżeli przy zastosowaniu równych ilości wody nadmanganianu i formaldehydu sposobem Doerra i Raubitschka lub Loesenera. Również przy zastosowaniu nadmanganianu na paraform po dokładnem zmieszaniu ich razem i zalaniu wodą, otrzymywali K. i S. wyniki bardzo dobre w razie zachowania wzajemnego stosunku ilościowego, jak podano wyżej. Niektóre jednak odmiany paraformaldehydu nie wydzielają zaraz formaldehydu, lecz dopiero po dodaniu 1% sody. Mieszanina ta według doświadczenia autorów nie posiada własności wybuchowych. Zastosowanie paraformaldehydu i nadmanganianu do celów odkażania ma znaczne zalety wobec metody odkażania autanem ze względu na znacznie niższą cenę, oraz z powodu 2-krotnie większego wydzielania formaldehydu, zaś $1^1/_2$ razy większego wydzielenia wody. Również i wobec metody nadmanganiowo-formalinowej ma ten sposób tę zaletę, że przy transporcie materyały zajmują mało miejsca, a naczynia, użyte do ich rozpuszczenia, mogą być znacznie mniejsze. L. Bier.

Bechhold. **Chemiczne środki odkażające, półswoiste.** (Zeitschr. f. Hygiene Tom 64). W poszukiwaniu środków odkażających, któreby obok silnych własności bakteryobójczych były zarazem bezwonne, nietrujące, nie rozkładały się szybko, nie były drogie, stwierdził B., że wymaganiom tym odpowiadają najbardziej pochodne związki bromowe i niektóre chlorowe betanaftolu. Rozpuszczają się one łatwo w ługu sodowym i potasowym, a rozczyny te w ciemni nie rozkładają się; na rozczyny ich w mydle światło nie działa. Porównanie antyseptycznych i bakteryobójczych własności mono-, di-, tri-, tetra- i pentalysolu wobec rozmaitych bakteryi stwierdziło, że najsilniej działa na zarazek błonicy, oraz na gronkowce i paciorkowce trójbromobetanaftol, na bakterye okrężnicy duru i paratyfusu dwubromobetanaftol, Z małemi wyjątkami działają na ogół o wiele energiczniej związki betanaftolu bromowe, aniżeli chlorowe. Trój- i czterobrombetanaftol, oraz czterobromchlorobifenol objawiają bardzo wybitne własności bakteryobójcze wobec zarazków ropnych, a nawet zarodników wąglika, nie oddziaływają natomiast zupełnie na zarazki gruźlicy. Zachodzą przeto znaczne różnice w działaniu poszczególnych środków odkażających na rozmaite bakterye. Ponieważ w przypadku tym nie można mówić o wyłącznem swoistem działaniu, jak n. p. przy antytoksynie na toksynę, oddziaływanie powyższe określa autor za Ehrlichem mianem półswoistego i stawia zarazem żądanie, by przy badaniu środków odkażających nie ograniczano się do poszczególnych bakteryi, lecz by do badań tych użyto całego szeregu zarazków. Dopiero na podstawie takich badań będzie możliwe wskazanie odpowiedniego środka odkażającego przy poszczególnych chorobach zakaźnych, wywołanych przez swoiste zarazki. L. Bier.

Fromme. **Bakterye okrężnicy w wodzie do picia.** (Zeitschr. f. Hygiene. Tom 65). Metody, zalecane dotychczas dla wykazania obecności bakteryi kałowych (bakteryi okrężnicy) w wodzie, szczególnie zaś metody, polegające na zwiększaniu bakteryi, pozwalają na stwierdzenie ich tylko w pewnym odsetku. Najlepiej do tego celu nadaje się metoda rozmnażania w rozczynie bulionu, zawierającego 1% cukru gronowego. Metoda Eijkmanna nie wystarcza dla wykazania bakteryi tych w wodzie i znaleść powinna zastosowanie jako jedna z dalszych metod rozmnażania; stosowana przy niej ciepłota 46° C. szkodzi rozwojowi bakteryi okrężnicy. Twierdzenie o bardzo znacznem rozpowszechnieniu bakteryi tych w przyrodzie nie jest uzasadnione. Stwierdzenie ich w wodzie jest bardzo ważną wskazówką dla oceny wody, jest przeto rzeczą wskazaną, by przy badaniu urządzeń wodociągowych badano zawsze w kierunku obecności tychże bakteryi. Obecność bakteryi okrężnicy w wodach gruntowych i źródlanych kwalifikuje wody te niekorzystnie i powinna dać powód do poszukiwań źródła zanieczyszczenia. Obecność ta jest bardzo często pierwszym wskaźnikiem zachodzącego zanieczyszczenia studzien i źródeł. W oczyszczonych wodach powierzchownych, w wodzie rzecznej, filtrowanej sposobem naturalnym lub sztucznym, jak również w wodzie z jezior sztucznych (Talsperren) daje oznaczenie miana zawartości bakteryi okrężnicy ważną wskazówkę dla stopnia ich oczyszczenia. L. Bier.

Schmidt. **Mechanizm filtracyi bakteryi w filtrach Berkefelda.** (Zeitschr. f. Hyg. Tom 65). Filtracya wody czystej przez filtr Berkefelda odbywa się według prawa Poiseuilleta: ilość przesączu pozostaje w stosunku prostym do ciśnienia, t. zn. przesączanie odbywa się przez przestwory włosowate. Przesączanie bakteryi w mniejszym stopniu odbywa się przez fizyczną adsorbcyę powierzchni, lecz raczej przez zapchanie por, z początku jednak filtracyi przeważa adsorbcya w przestworach jeszcze szerokich. »Czynna wielkość por« wynosi w filtrach Berkefelda liliputowych zapewne około 0,5 μ. Prawa fizyczne o przenikaniu przez naczynia włosowate nie dadzą się zastosować wobec filtrów Berkefelda. Cienkie szlify świec Berkefeldowskich wykazują zapchanie por tylko na powierzchni świecy, oczyszczenie ich przeto da się wykonać łatwo mechanicznie przez puszczenie przez nie prądu wody od wewnątrz ku zewnątrz. Większe przestrzenie wolne, widoczne w szlifach o około 2 do 100 μ średnicy, rzadko posiadają czynne przestrzenie wolne, przeważnie zaś są wy-

pełnione ziarenkami kwarcu. Gronkowce i odpowiadające im ziarenkowce nie przechodzą nigdy przez filtr, natomiast najmniejszy z dotychczas widzialnych pod mikroskopem krętek Esmarcha (spirillum parvum) przechodzi przez filtr przy grubości świecy 2,5 cm w ilości około 80%. Przy przechodzeniu bakteryi przez filtr najważniejszą rolę odgrywa jej wymiar grubości, w dalszej dopiero mierze jej ruchliwość swoista. Przechodzą zaś przez filtr te bakterye, które wniknęły do niego w pierwszym okresie filtracyi. Najlepsze wyniki dają świece Berkefeldowskie o grubości 2,5 cm. L. Bier.

Prof. Spitta i Pleissner. **Nowe środki pomocnicze przy higienicznej ocenie i kontroli wód.** (Arbeiten a. d. kais. Gesundheitsamte. Tom 30, str. 463). Dla należytej oceny wód pod względem zdrowotnym na podstawie metod fizycznych, chemicznych i bakteryologicznych nie wystarcza zazwyczaj badanie ich jednorazowe, pożądane jest natomiast kilkakrotne powtórzenie badania w pewnych odstępach czasu, gdyż tym tylko sposobem wniknąć można w »fizyologiczne« wahania co do ich składu, oraz zauważyć zmiany, zachodzące w nich poza wahaniami normalnemi. Spełnienie tego wymagania napotyka w praktyce na znaczne trudności. W tym celu należałoby bądź stworzyć odpowiednie urządzenia, któreby pozwalały na automatyczny pobór prób do badania, albo też musiałyby wszelkie zmiany w składzie wody zaznaczać się automatycznie jakimś wskaźnikiem tak wyraźnie, by w chwili odpowiedniej można pobrać próby do badania fizycznego, chemicznego i bakteryologicznego. Najodpowiedniejszym wskaźnikiem dla tego celu są zmiany w przewodnictwie elektrycznem wody. Przyrząd tego rodzaju zbudowali S. i P. i zastosowali z dobrym skutkiem przy badaniu i kontroli rzeki, zanieczyszczonej ługami z fabryki chlorku potasowego; rejestruje on samoczynnie i przez czas dłuższy wszelkie wahania w przewodnictwie elektrycznem. Przyrząd ten nadawać się będzie zapewnie dobrze przy kontroli rzek, zanieczyszczonych rozmaitymi odpadkami, jak również do kontroli urządzeń wodociągowych. L. Bier.

Pleissner. **Mierzenie i rejestrowanie przewodnictwa elektrycznego wód zapomocą prądu stałego.** (Arb. a. d. kais. Gesundheitsamte. T. 30. str. 483). Mierzenia i rejestrowania przewodnictwa elektrycznego w rozczynach wodnych, a szczególnie zaś w wodach naturalnych dokonać można prądem stałym przy użyciu bateryi akumulatorów, wolno pływających elektrod grafitowych i ampermetra zapisującego. Przyrząd ten kreśli 2 krzywe, z których jedna podaje nasilenie prądu przy przechodzeniu przez wodę badaną, zaś druga służy do kontroli napięcia elektrycznego między łącznikami bateryi. Obliczenia specyalnego przewodnictwa $\varkappa$ dokonywa się na podstawie wzoru $\varkappa \frac{i \cdot k \cdot p}{i. \, C}$, w którym i oznacza mierzoną siłę prądu, k napięcie prądu w bateryi, p polaryzacyę, a C wielkość oporową (Widerstandskapazität) obu elektrod. Polaryzacyę p wód naturalnych przy rozmaitej sile prądu określić łatwo z krzywej, otrzymanej empirycznie, zgodnej prawie całkowicie w swych wartościach z wartościami, znalezionemi dla rozczynów chlorku magnowego. Przyrządem tym można oznaczyć przewodnictwo specyficzne wód naturalnych bardzo dokładnie; w warunkach najniekorzystniejszych dla oznaczeń ilość błędów wynosi niespełna 5%. Siłę przewodnictwa, oznaczoną przy ciepłocie dowolnej, należy przeliczyć na ciepłotę normalną 18° C. L. Bier.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 10. października 1910 r.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. J. Hetpera p. t.: **Wpływ kameleonu na ciała organiczne.** Autor zbadał własności gorących rozczynów nadmanganianu potasowego, oraz utleniającego ich działania na związki węgla w różnych warunkach i na podstawie tych badań opracował metodę ilościowego oznaczania przeważnej liczby tych związków. W przeciwieństwie do usiłowań dotychczasowych w tym względzie, autor stosuje rozczyny kameleonu zakwaszone kwasem fosforowym (a nie siarkowym); nadto rozczyny takie przy oznaczaniu ciała ogrzewa przez 1—2 godzin w ciepł. 92—93° C. Zbadawszy według swej metody najważniejsze związki chemii organicznej, dochodzi autor do wyników, które pozwalają wysnuć prawa utleniania się ciała organicznego w kwaśnych rozczynach tej soli. Prawa te przedstawia autor we wnioskach, według których stopień utlenienia się ciała zależy od budowy cząsteczkowej związku. Jedne utleniają się wobec tego zupełnie, inne do pewnego tylko stopnia wskutek tworzenia się produktów pośrednich, reszta nie utlenia się wcale, lub w sposób przez autora dotychczas nie zbadany. Jako wielkości porównawcze wprowadza autor t. z. liczby spalenia, względnie utlenienia pośredniego, odpowiadające ilości cm^3 n. $KMnO_4$ do utlenienia cząsteczki gramowej (liczby cząsteczkowe), lub grama (l. gramowe) ciała organicznego potrzebnej. Wnioski swoje popiera autor wykazem wyników analiz najważniejszych ze zbadanych przez siebie związków.

2) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. J. Dunin-Borkowskiego i M. Gieszczykiewicza p. t.: **O odchyleniu komplementu przez nadmiar amboceptora.** Neisser i Wechsberg w swych doświadczeniach bakteoryolitycznych zauważyli, że przy wzrastającej ilości odpowiedniej surowicy, a stałej ilości komplementu, siła bakteryobójcza mieszaniny nietylko nie zwiększa się, lecz owszem maleje. Zjawisko to stwierdził Arrhenius i na ciałkach krwi. Tłómaczył je tworzeniem się połączenia komplementu z amboceptorem, które nie może dyfundować do ciałek. Doświadczenia autorów wykazują, że tłómaczenie to nie jest słuszne, gdyż po zupełnem usunięciu otaczającego płynu same ciałka obładowane amboceptorem, dają odchylenie komplementu. Autorowie stwierdzili, że ciałka, które zaabsorbowały większe ilości amboceptora, są silnie zaglutynowane; im większy jest stopień aglutynacyi, tem silniejsze otrzymuje się odchylenie komplementu (zahamowanie hemolizy). Widzimy tu zupełną analogię pomiędzy działaniem hemolizyny, a działaniem soli metali ciężkich. Zjawisko odchylenia komplementu autorowie tłómaczą silną aglutynacyą ciałek (bez hypotetycznych założeń Arrheniusa, Neissera i Ehrlicha).

3) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i G. Bikelesa p. t.: **O t. zw. odruchach dotykowych Munka i odruchu skórnym podeszwowym.** Wbrew przyjętym powszechnie zapatrywaniom autorowie wypowiadają twierdzenie, że t. zw. odruchy dotykowe, które znikają w kończynie, pozbawionej związku z odpowiednią częścią psycho-motoryczną kory mózgowej, nie są identyczne z odruchami skórnymi człowieka. Natomiast analogie do tych odruchów skórnych znajdują autorowie w opisanym przez siebie odruchu podeszwowym, który u psa otrzymać można przez lekkie drażnienie skóry podeszwy, i który objawia się w postaci zgięcia palców lub także grzbietnego zgięcia stopy w stawie skokowym. Na poparcie tego twierdzenia autorowie, oprócz rozważań teoretycznych, wykazujących

różnicę w własnościach obu rodzajów zjawisk ruchowych, które Munk, a za nim wszyscy neurologowie ze sobą identyfikują, przytaczają przedewszystkiem wyniki własnych doświadczeń. Szereg doświadczeń, wykonanych na psach, którym usunięto okolicę psychomotoryczną kory mózgowej, wykazał, że pod wpływem tej operacyi znika w kończynie przeciwległej tylko objaw Munka, podczas gdy odruch podeszwowy psa mimo swego podobieństwa do odruchów skórnych człowieka i homologii z tym odruchem, nie jest odruchem korowym. Pod wpływem uśpienia zapomocą morfiny znika objaw Munka i w kończynie niezajętej, natomiast skórny odruch podeszwowy występuje i w tej kończynie wybitniej, niż przed zatruciem, a wzmożenie się odruchu podeszwowego po stronie przeciwległej występuje jeszcze wyraźniej. Doświadczenia i spostrzeżenia autorów dowodzą zatem, że przypuszczenie, jakoby objaw Munka był rzeczywiście odruchem, nie jest dostatecznie uzasadnione. W końcu omawiają autorowie sprawę wzajemnego stosunku pomiędzy odruchami skórnymi, a ścięgnistymi. Wykazują, że odruchy te w przypadkach porażeń połowiczych człowieka okazują różne zachowanie (osłabienie jednych, a wzmożenie innych), u psa zaś po wycięciu kory mózgowej ulegają jednakiej zmianie. Autorowie wypowiadają zapatrywanie, że i odruchy skórne człowieka są odruchami rdzeniowymi, a tylko wpływ kory mózgowej na łuk odruchu jest tu wybitniejszy, niż w odruchach ścięgien.

4) Członek N. Cybulski przedstawia pracę pp. A. Becka i G. Bikelesa p. t.: **O ruchach odruchów rdzeniowych i ruchach ogólnych (pryncypalnych według Munka).** Szereg doświadczeń, wykonanych na psach, którym a) wycięto okolicę psycho-motoryczną kory mózgowej, b) którym przecięto rdzeń kręgowy, c) które znajdowały się w narkozie, miał przedewszystkiem na celu poznanie sposobu, w jaki odbywają się ruchy dowolne i odruchowe. W dalszym ciągu te doświadczenia miały za zadanie zbadać, czy skonstruowana przez Munka hypoteza o różnicy między sposobem unerwienia ośrodków nerwowych rdzenia przez ośrodki kory mózgowej z jednej strony, a ośrodki pryncypalne i drogi odruchowe dośrodkowe z drugiej strony, jest słuszna. Stosując u zwierząt, poddanych wyżej wymienionym rękoczynom, podniety termiczne, elektryczne i mechaniczne w sposób, który umożebniał dokładną obserwacyę i analizę ruchów, autorowie przekonali się, że: 1) wbrew zdaniu Munka ruchy izolowane występują także i w kończynie, pozbawionej związku z odpowiednią okolicą psychomotoryczną kory mózgowej; 2) porządek, w którym stawy kończyn biorą udział w oddziaływaniu na podniety dośrodkowe, nie zgadza się ze schematem Munka; zachodzą często odosobnione ruchy, nawet w dalszych (distalis) częściach kończyny; 3) zarówno hypoteza Munka co do różnego sposobu unerwienia ośrodków ruchowych przez drogi dośrodkowe odruchowe, jakoteż co do istnienia osobnych dróg nerwowych, z których jedne prowadzą od okolicy psycho-motorycznej, inne od t. zw. ośrodków pryncypalnych, nie jest uzasadniona. Autorowie uważają łatwość, z jaką staw kolanowy lub łokciowy (także u zwierząt prawidłowych) wchodzi w stan czynny, za wyraz fizyologicznego torowania. W dodatku do niniejszej pracy zajmują się autorowie badaniem ustawienia kończyn po ekstyrpacyi kory mózgowej, oraz wpływem narkozy na to ustawienie. Sztywność i wyprostowanie, które po wycięciu okolicy psychomotorycznej kory mózgowej występują zazwyczaj w kończynach przeciwległych stronie ekstyrpacyi, w narkozie nader często ustaje i przechodzi w zgięcie. Zdaniem autorów możnaby to odwrócenie napięcia pod wpływem uśpienia uważać za zjawisko zwrotnego unerwienia.

(Treść 4 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z dnia 7. listopada 1909 r.

(W szpitalu »Kochanówka«).

1. Kol. Pański przedstawia chorego, mającego lat 18, pochodzącego ze zdrowej rodziny, który od paru tygodni opuścił się w robocie, zmienił się w stosunku do swego ojca (nie może go znosić), a od paru dni objawia podniecenie, chce z domu uciekać, rzucał się na rodziców i t. d.; rodzina zauważyła również zboczenie w mowie chorego. Chory wypowiada bredzenia wielkości, oraz fałszywie interpretuje niektóre zjawiska i zdarzenia. Somatycznie daje się zauważyć ogólne przytępienie czucia skóry.

Kol. Chodźko zaznacza, że obraz psychozy nie jest jasny i wymaga dalszej obserwacyi.

2. Kol. Chodźko przedstawia przypadek **psychozy pourazowej** (psychosis traumatica), **powikłanej objawami psychozy pijackiej.** Chory, Józef Wd., lat 31, robotnik fabryczny, żonaty, przybył do szpitala »Kochanówka« 5. września 1909 r. W wywiadach zapisano: chory jest umiarkowanym alkoholikiem; na kilkanaście dni przed Wielkanocą 1909 r. w czasie pracy w fabryce upadł niespodziewanie w tył i uderzył się mocno w głowę, poczem stracił przytomność. Po 15 minutach omdlenia przyszedł do siebie, ale zaraz pojawiły się wymioty i ból głowy. Od czasu tego wypadku chory stale uskarżał się na bole głowy. Na parę tygodni przed Zielonemi Świątkami chory zaczął źle sypiać, opowiadał, że koledzy chcą go zabić, że nazywają go »szpiclem«, że policya idzie, aby go zaaresztować i t. p. Chory znajdował się w stanie silnego przygnębienia, często płakał, twierdził, że niezadługo umrze, chodził często do spowiedzi, uciekał z domu; mówił następnie, że go dyabli mordują, że dyabli mają go porwać i t. p.

Badanie przedmiotowe: Chory wzrostu średniego, budowa i odżywienie mierne. Skóra barwy żółtawej, dermographia rubra. Błony śluzowe blade. Narządy wewnętrzne zboczeń wyraźnych nie okazują; tętno 88. Wskaźnik czaszkowy = 78,9; uszy przyrośnięte u dołu, wzgórki Darwina. Mimika ożywiona, stosownie do bardzo zmiennego i sugestywnego nastroju chorego. Źrenice: prawa szersza od lewej, oddziaływają na światło szybko. Niedowład prawego nerwu twarzowego w gałązce dolnej. Odruchy spojówkowe na wewnętrznych półkulach gałek ocznych silniejsze, niż na półkulach zewnętrznych; odruch gardłowy zmieniony. Odruchy kolanowe: lewy żywszy od prawego; ze ścięgna Achillesa z lewej strony żywszy, niż z prawej; nieznaczne drganie stopy po lewej stronie. Niewyraźny objaw Babińskiego po lewej stronie. Objawu Romberga niema. Drżenie rąk, objaw Quinquanda.

Badania psychiczne. Chory oryentuje się zupełnie dobrze co do miejsca, czasu i otoczenia; poczucie choroby występuje nie zawsze dość jasno. Pamięć wypadków dawniejszych i nowszych zupełnie zachowana: chory opowiada dokładnie i szczegółowo o wypadku, któremu uległ w fabryce, pamięta wydarzenia, poprzedzające wypadek i następujące po nim Chory wypowiada zmienne bredzenia, przeważnie charakteru prześladowczego; obawia się, że go mają zabić w szpitalu, twierdzi, że żona i jej siostra życzą mu śmierci, że chciały go wysuszyć, że żona go zdradza i t. p. Wszystkie te twierdzenia chory zwykle na drugi, trzeci dzień odwołuje, rozczula się nad żoną, prosi o wypuszczenie go na urlop, ażeby mógł się z nią zobaczyć i t. p. Chory opowiada, że widuje postaci Chrystusa, Matki Boskiej, aniołów na obłokach, na ścianach sal szpitalnych; nie wie, dlaczego Bóg pozwala mu oglądać te święte postacie. Usposobienie chorego zmienne: podniecenie o charakterze maniakalnym szybko ustępuje miejsca przygnębieniu z płaczem i myślami samobójczemi, po którem następuje znowu krótki okres podniecenia maniakal-

nego; usposobienie chorego łatwo ulega zmianie pod wpływem poddawania słownego; poza tem co pewien czas występują u chorego silne napady lęku, w czasie których chory wykonywa cały szereg nieumotywowanych, popędowych czynów. Chory stale uskarża się na najrozmaitsze przykre uczucia w całem ciele. Chory często wpada w rozdrażnienie i unosi się gniewem dla błahego powodu. Przebieg choroby: 6. IX. 1909. Chory znajduje się w stanie podniecenia (o charakterze maniakalnym), prosi lekarza o sumienne leczenie, gdyż chce jaknajprędzej powrócić do pracy. 7. IX. 1909. Chory wieczorem nie chciał wziąć lekarstwa, twierdząc, że mu nie pomaga. 9. IX. 1909. Umieszczony w pokoju, chory uciekł przez okno; prowadzony z powrotem do szpitala, po drodze opowiada spotykanym ludziom, że go chciano zabić w Kochanówce. W ciągu 2 dni ostatnich chory miał kilka napadów silnego lęku. 13. IX. 1909. Przygnębiony, płacze; klękając i wzywając z wielkim patosem Boga na pomoc, prosi lekarza o wypuszczenie go ze szpitala; twierdzi, że choroba jego przejdzie za 2 lata bez żadnego leczenia, wie o tem napewno, — 18. IX. 1909. Chory opowiada, że żona go zdradza; prosi lekarzy, aby fabryka wyznaczyła mu choć 5 rubli tygodniowo odszkodowania, bo on już i tak nigdy zdrowym nie będzie. 20. IX. 1909. Przygnębiony, płacze, prosi o odszkodowanie ze strony fabryki; zaprzecza poprzedniemu swemu twierdzeniu o niewierności żony. 26. IX. 1909. Zabrany przez żonę na 2-dniowy urlop do Łodzi. 2. X. 1909 Chorego odwieziono do szpitala z więzienia. Ostatniego dnia swego urlopu chory zadał żonie kilka ran w głowę, obawiając się jakoby, że go odwiezie z powrotem do Kochanówki. Według opowiadań chorego, kamień znalazł się przypadkiem w jego mieszkaniu pod poduszką, może żona chciała go nim zabić, przy pożegnaniu przed odjazdem do Kochanówki, żona oblała go gorącą wodą, aby mu wyparzyć oczy; on zasłonił się kapeluszem, pochwycił kamień i uderzył ją kilka razy po głowie; obecnie bardzo żałuje swojego postępku, pyta, czy prawda, że go mają powiesić, widział bowiem, że na klamce jego mieszkania wisiał sznurek; twierdzi, że żona chciała się go pozbyć, ponieważ ma kochanka, stróża z Piotrkowskiej ulicy, który jest młodszy od niego; na urlop wzięła go, aby wypróbować, jaki on jest. 3. X. 1909. Chory mówi, że wczoraj skłamał: żona nie oblewała go bynajmniej wodą gorącą, on sam nie wie, dlaczego ją poranił, napadła na niego »furya«, nie mógł się powstrzymać; obecnie jednak jest pewien, że będzie mógł panować nad sobą i prosi, ażeby puścić go do domu w celu zobaczenia się z dziećmi. 31. X. 1909. W ciągu października chory uciekał trzykrotnie, zwykle podczas przechadzki z innymi chorymi. Będąc w domu podczas jednej z tych ucieczek chory usiłował poderżnąć sobie gardło. 6. XI. 1909. Chory stale cierpi na bezsenność; od paru dni nie chce brać lekarstw nasennych, mówi: »i tak i tak zdechnę, to lepiej prędzej«; interesuje się bardzo, czy żona i dzieci dostaną zasiłek od fabryki i prosi, ażeby lekarze o to się postarali. Tętno stale przyspieszone — około 100 uderzeń na minutę. 7. XI. 1909. Lewa źrenica szersza, niż prawa, w kilka minut po badaniu prawa staje się szerszą od lewej; oddziaływanie źrenic na światło dobre. Wysadzenie lewej gałki ocznej; objaw Graefego po lewej stronie. Lekkie drżenie gałek. Drżenie rąk. Odruch kolanowy lewy żywszy, niż prawy. Tętno 108. Bardzo wybitna dermografia.

W obrazie powyższego przypadku chorobowego, który należy bezwątpienia do kategoryi psychoz pourazowych, uderzają jako zjawisko niezwykłe: zupełny brak zaburzeń pamięci, łatwość, z jaką chory tworzy najrozmaitsze bredzenia prześladowcze, charakterystyczne bredzenie niewierności małżeńskiej, wreszcie omamy, czy złudzenia wzrokowe; bredzenia prześladowcze, bredzenie niewierności małżeńskiej, wreszcie złudzenia wzrokowe, występujące na tle ogólnego obrazu typowej psychozy pourazowej, zależą najprawdopodobniej od przymieszki zmian psychicznych pochodzenia alkoholowego, co potwierdzają wywiady (alkoholizm chorego). — To powikłanie zwykłej psychozy pourazowej czyni chorego Wd. podwójnie niebezpiecznym dla otoczenia. (Streszczenie własne).

3. Kol. Krzyżanowski przedstawia przypadek **stanu paranoidalnego u zwyrodniałego.** Chory, 26 lat mający, strażnik. Ojciec jego dużo pił, matka przechodziła jakąś umysłową chorobę. Chory miewał w dzieciństwie drgawki. Wyskoku nie używał. Badanie stanu somatycznego wykazało wyraźne oznaki rachityzmu: głowa duża — wskaźnik czaszkowy 89,4; mocno wystające guzy czołowe i ciemieniowe. Uszy przyrośnięte u dołu; wzgórki Darwina. Zupełny brak włosów na głowie; wogóle bardzo słabe uwłosienie, (chory stracił włosy w 3-cim roku życia). Ze strony układu nerwowego niema nic nieprawidłowego.

Pięć lat temu chory, który był żołnierzem, miał dwa sny prorocze; wywnioskował z nich, że wojna z Japonią nie będzie szczęśliwa dla Rosyi i powiedział o tem towarzyszom. Wtedy koledzy zaczęli go prześladować: otwierano jego listy; aresztowano osoby, które z nim rozmawiały, podejrzywano go o szpiegostwo. Jednego z kolegów oskarżył chory przed oficerem o podpalenie łaźni pułkowej na tej zasadzie, że podejrzywany wrócił późno do koszar, i że, otwierając drzwi, chory doznał uczucia strachu. Po kilku miesiącach chory uspokoił się, wrócił do stanu prawidłowego i dopiero w czerwcu 1909 zaczął znowu wypowiadać podejrzenia, że jego towarzysze-strażnicy chcą go zabić dlatego, że on nie daje łapówek feldfeblowi i za dużo wie o ich niewłaściwych postępkach. Kilka razy czyhano na jego życie, ale chory zawsze miał w porę przeczucie i umiał uniknąć niebezpieczeństwa. Omamów nie było. W szpitalu chory uspokoił się prędko, wziął się do roboty. Po 2-miesięcznym pobycie zaczął się krytycznie odnosić do swoich bredzeń. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański widział chorego przed przybyciem do Kochanówki: chory był wtedy niedostępny, podniecony, i sprawiał wrażenie nie oryentującego się. Mowca widzi w chorym znaczną poprawę. — Kol. Klozenberg słyszał o chorym, kiedy ten pełnił swoje obowiązki strażnika, że był szczególnie surowy przy ich wypełnianiu. — Kol. Krzyżanowski zaznacza, że chory był w szpitalu zawsze łagodny. Surowość, o której mowa, wypływała przypuszczalnie z nadzwyczajnego przejmowania się obowiązkiem: chory literalnie chce spełniać przepisy swego zawodu.

4. Kol. Chodźko przedstawia **objaw mostkowy,** Objaw mostkowy przedstawiony został po raz pierwszy na I. Zjeździe neurologów, psychiatrów i psychologów polskich w Warszawie [1]). Polega on na skurczu jedno- albo obustronnym dwugłowego mięśnia ramienia, występującym po uderzeniu młotkiem w rękojeść mostka u osób, dotkniętych zaburzeniami organicznemi układu nerwowego. Przedstawieni zostali chorzy następujący:

Jan K., lat. 52. — Rozpoznanie: Porażenie postępujące. Objaw mostkowy po obu stronach, silniejszy po stronie prawej.

Karol K., lat 50. — Rozpoznanie: Porażenie postępujące. Objaw mostkowy po stronie prawej.

Albert G., lat 28. — Rozpoznanie: Kiła mózgu i rdzenia. Objaw mostkowy po stronie lewej.

Hieronim W., lat 33. — Rozpoznanie: Kiła mózgu. Objaw mostkowy obustronny, silniejszy po stronie lewej. (Streszczenie własne).

---

[1]) Szczegóły, dotyczące objawu mostkowego, podano w pracy, ogłoszonej w Nrze 44 »Medycyny i Kroniki lekarskiej« z roku 1909 p. t.: »Nowy objaw zaburzeń organicznych układu nerwowego — »objaw mostkowy«, podał W. Chodźko.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie w d. 1. czerwca 1910.

1) Kol. Łazarewicz, zagajając zebranie, zawiadamia o jubileuszu Henryka Dobrzyckiego i Prof. Pareńskiego. Do obu jubilatów postanowiono wysłać telegram z życzeniami. Następnie poświęca mowca kilka słów pamięci ś. p. kol. Dr Plewkiewicza, lekarza w Żninie i Roberta Kocha, który był członkiem honorowym Wydziału.

2) Kol. Karwowski wnosi, żeby sprawozdania z posiedzeń Wydziału podawać w »Rocznikach Tow. Przyjaciół Nauk« tylko w streszczeniu, ponieważ drukuje się je w całości w »Nowinach«. Następnie porusza myśl zbliżenia się do słuchaczy medycyny, celem udzielenia im wskazówek co do studyów i osiedlania się. Zebranie godzi się na te wnioski.

Zebranie z d. 17 czerwca 1910.

1) Kol. Nowakowski przedstawia **rentgenogram nadłamania kości w łokciu**.

2) Kol. Karwowski przedstawia preparaty drobnowidowe z **mięczaka zaraźliwego** (molluscum contagiosum) z prącia.

3) Kol. Falgowski przedstawia wielką **torbiel jajnikową**, wyjętą u 70-letniej chorej.

4) Wiceprezes kol. Łazarewicz referuje o mającym się odbyć w Petersburgu międzynarodowym Zjeździe ginekologów. Na Zjazd ten udaje się kol. Falgowski.

5) Kol. Łazarewicz: **O zamknięciu pooperacyjnem dwunastnicy**. Aseptyka operacyjna dobiega do doskonałości, tak, iż pod tym względem niebezpieczeństwo rękoczynów zmniejszyło się nadzwyczajnie. Natomiast następują czasami powikłania, które mogą wynik operacyi zniweczyć. Mowca opisuje następujący przypadek. U 42-letniej wielorództki niedokrwistej, z silnymi krwotokami macicznymi, wykonał cięcie Pfannenstiela. Przy operacyi okazał się rak jajnika. Chora dostała przed operacyą skopolaminy-morfiny; żołądek był przed operacyą w stanie atonii. Ciepłota, wynosząca przed operacyą około 38⁰, nie podniosła się po zabiegu. Pragnienie bardzo silne. Lewatywy z rozczynu fizyologicznego soli, herbatka łyżeczkami. Trzeciego dnia wymioty żółcią, które coraz bardziej się wzmagały i były bardzo obfite. Przez (trudne) płukanie żołądka wydobyto 4—5 litrów brunatnego płynu. Tętno 120—130. Po wypłukaniu spokój przez 4 godziny, poczem znów wzdęcie i wymioty. Ł. rozpoznał teraz zamknięcie dwunastnicy i zastosował ułożenie na brzuch z podwyższonemi nogami według Schnitzlera. Zaledwie to uczynił, wymioty ustały i gazy zaczęły odchodzić przez odbytnicę. Po kilku godzinach stolec, a po kilku dniach chora przyszła do siebie.

Objawy pooperacyjnego zamknięcia dwunastnicy są więc następujące: 1) pragnienie, 2) wysadzenie brzucha, 3) przyspieszenie tętna. W wymiotach niema nigdy kału, tylko żółć, dużo kwasu mlecznego, nigdy niema kwasu solnego, natomiast zaczyn mączki. W przypadkach śmiertelnych sekcya wykazuje żołądek nadzwyczajnie rozdęty. Czasami i bez operacyi stan taki się zdarza. Np. Baumler opisuje taki przypadek śmiertelny u ozdrowieńca przy durze. Istnieją dwie teorye, tłómaczące ten obraz chorobowy: 1) jelitowa, 2) żołądkowa, której broni Herff, kładący główną wagę na rozdęcie żołądka. Inni twierdzą, że rozdęty żołądek wpycha jelita do małej miednicy. Mówca przytacza doświadczenia Kellinga, Stiedy, Leidla i Brauna na psach. Mówca nie godzi się ani na samą teoryę jelitową, ani żołądkową. Chodzi tu o niedowład i jelit i żołądka równocześnie. Treść żołądka należy uważać za przesięk. Lenke wykazał, że żołądek może wydzielić takiego płynu do 20 litrów. Pragnienie tłómaczy się ubytkiem wielkiej ilości soków ustrojowych. Dawniej śmiertelność wynosiła 85%, teraz leczenie Schnitzlera prawie zawsze działa zbawczo.

Dyskusya: Kol. Fr. Zakrzewski przytacza doświadczenia na psach. Gdy się psu z przetoką żołądkową podczas jedzenia pokazało nagle kota, wydzielanie soku ustawało na 10 minut, poczem wydzielał się sok o innym składzie. Wydzielanie i skład soku zależą więc od wpływów nerwowych. Mechaniczne podrażnienie żołądka niema tego wpływu. — Kol. Falgowski przypuszcza w przypadku tym lekkie zapalenie otrzewnej, mogące wywołać podobne objawy. Ułożenie według Trendelenburga wywołuje czasem zamknięcia tego rodzaju. Także wysuszenie jelit przy operacyi może mieć podobny wpływ. Mówca radzi więc: 1) operować prędko, 2) zmieniać ułożenie Trendelenburga, 3) wypuścić powietrze z jamy brzusznej, 4) kłaść chorą po operacyi na brzuch i zalecić rychłe wstanie. Wśród 85 laparotomii miał mówca 2 przypadki porażenia dwunastnicy.— Kol. Nowakowski zapytuje się, w jaki sposób może uciskać krezka na dwunastnicę? Ucisk żołądka z jednej a dwunastnicy z drugiej strony wystarcza do zamknięcia dwunastnicy. Podobne zamknięcia zdarzają się przy innych operacyach przy zagięciu esowatem. — Kol. Święcicki: Nie można porównywać niedrożności innych części jelit z niedrożnością dwunastnicy. Mówca zapytuje prelegenta, czy przed operacyą wypróżniał bardzo silnie jelita. (Prelegent odpowiada przecząco). W przypadku, opisanym przez prelegenta, zachodziły ważne czynniki, usposabiające do tego stanu i to: 1) 8 poprzednich porodów, a więc opadnięcie trzew, 2) dość długa operacya (uśpienie jako takie nie odgrywa roli), a więc mechaniczne podrażnienie jelit. Środkiem do zwalczania atonii jest fizostygmina.— Kol. Łazarewicz: Dowieść zapalenia otrzewnej można w podobnych przypadkach tylko wtedy, gdy są śmiertelne, a więc przez sekcyę i badanie bakteryologiczne. Przypadek prelegenta jest klasyczny, a wynik leczenia potwierdza rozpoznanie. Uśpieniu wielu autorów przypisuje rolę pośrednią przez wpływ na wydzielanie soków w żołądku. Ł. wątpi, czy fizostygminę można tak rychło podawać. Po 3 dniach podaje Ł. strychninę (razem 0·01), ale wtedy mechanizm zamknięcia już jest ukończony. — Kol. Święcicki przypomina t. zw. »paralitysche Secretion« przy gruczole podszczękowym.

Adam Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada zdrowia obradowała na posiedzeniu w d. 5. XI. 1910 w następujących sprawach: instrukcya dla oglądaczy zwłok, stypendyum z fundacyi im. Rappaporta, posada docenta higieny w seminaryum nauczycielskiem w Kętach, odznaczenie lekarza tytułem profesora, taksa szpitalna w Sokalu, prywatny zakład położniczy we Lwowie. R.

Najwyższa Rada zdrowia w Wiedniu ukończyła swą organizacyę, t. j. podział na komitety, przyczem we wszystkich niemal komitetach (prócz komitetu dla spraw zdrojownictwa) znajdują się przedstawiciele naszego kraju. R.

Ogólny wiec lekarzy austryackich w sprawie projektu ustawy o dentystach odbył się w Wiedniu 6. XI. b. r. przy udziale przeszło tysiąca uczestników. Po przemówieniu Prof. Fingera, prezesa Izby lek. wiedeńskiej, wygłosił r. dw. Prof. Eiselsberg referat, dowodzący, że praktykę dentystyczną może wykonywać tylko zupełnie wykształcony w medycynie lekarz. Następnie prym. Doc. Ewald poddał projekt rządowy wyczerpującej krytyce, poczem przemawiali Dr Kirchmayer, poseł Dr Michl, imieniem uniwersytetu w Gracu Prof. Trautner, imieniem uniwersytetu w Pradze Prof. Nessel, jako przedstawiciel dentystyki na uniwersytecie Jagiellońskim i prezes Stowarzyszenia stomatologów polskich Prof. Wincenty Łepkowski, imieniem Izb lekarskich galicyjskich Dr Festenburg. Wiec uchwalił rezolucyę, protestującą przeciwko przedłożeniu rządowemu.

Jak donoszą dzienniki, równocześnie z wiecem lekarskim

odbyło się zgromadzenie techników dentystycznych, na którem po burzliwych obradach uchwalono bojkotować lekarzy. R.

Ministerstwo zdrowia publicznego w Rosyi. Jak donoszą dzienniki, sprawa powołania do życia ministerstwa ochrony zdrowia uważana jest w Petersburgu za postanowioną. Ostatnie epidemie cholery i dżumy, brak należytych środków przeciw nim, rozbieżność zarządzeń poszczególnych dykasteryi, skłaniają do utworzenia takiego właśnie ministerstwa. Obecnie pod kierunkiem Prof. Reina układany jest preliminarz przyszłego ministerstwa, a Prof. Rein ma podobno zająć stanowisko ministra. Projekt właściwy przedłożony będzie prawdopodobnie ciałom prawodawczym do rozważenia. R.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	po 4 h	1 h
Od roku 1904 do końca września 1910 .	519,092	450,194
W październiku 1910	5,900	2,800
Razem .	525,792	452,994

Dr Żydłowicz, administrator.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. X. do 5. XI. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † — (w tem obcych 6 † —), krztuśca 7 † 7, ospy wietrznej 2, płonicy 15 † 2, odry 37, duru brzusznego 6 † 6.

Dr Janiszewski.

I. Krajowy Zjazd przemysłowo-balneologiczny

we Lwowie 29—31. X. 1910.

Trzydniowe obrady Zjazdu miały na celu przedewszystkiem rozpatrzenie sposobów poprawy stosunków naszych zdrojowisk pod względem ekonomiczno-gospodarczym i zwrócenie uwagi zebranych właśnie we Lwowie kół poselskich sejmowych na tę tak ważną, a dotąd nie dość uwzględnianą gałąź przemysłową. Do tych też celów był program Zjazdu rzeczywiście trafnie dostosowany i należy mieć nadzieję, że Zjazd stanie się w rozwoju naszych zdrojowisk punktem poważnym, zarówno uzyskując dla nich większą uwagę Sejmu, jakoteż zrzeszając wszystkie zdrojowiska, ich właścicieli, zarządy i lekarzy, do zbiorowej gospodarczej samopomocy. Z natury rzeczy nie mogła strona lekarsko-balneologiczna na Zjeździe grać roli głównej; niemniej wśród przedstawionych referatów znajduje się szereg takich, które odnosiły się wyłącznie lub głównie do tej strony sprawy.

Z nich na pierwszem miejscu wymienić należy referaty Prof. Korczyńskiego, roztrząsające pytanie, w jaki sposób pobudzić naukowy kierunek balneologii krajowej i rozwój piśmiennictwa zdrojowego, jakoteż, w jaki sposób rozszerzyć wiadomości naukowe o naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach w kraju i zagranicą, oraz poruszające sprawę katedr balneologii i pracowni naukowych balneologicznych po zdrojowiskach i na klinikach, dalej referat Prof. Marchlewskiego, który przedstawił, w jaki sposób można uzyskać dokładne jednolite chemiczno-fizyczne rozbiory wód leczniczych krajowych. — Nie ulega bowiem wątpliwości, że obok stworzenia ekonomicznych i administracyjnych podstaw w postaci odpowiednich ustaw i organów nadzorczych, instytucyi akcyjnych i kredytowych itd., równie przynajmniej ważnym warunkiem rozwoju zdrojowisk jest w pierwszym rzędzie dokładne naukowe badanie naturalnych ich zasobów, tego materyału, którym one operują i ścisłe poznawanie ich ze stanowiska naukowo-balneologicznego pod wszystkimi względami. Nie możnaby spodziewać się prawdziwego postępu naszego zdrojownictwa, dopókiby większość lekarzy zdrojowych nie brała czynnego udziału w ruchu naukowo-balneologicznym. Pierwszym zaś warunkiem wzmożenia się tego ruchu byłoby niewątpliwie utworzenie katedr i pracowni naukowych balneologicznych w kraju.

Z lekarską stroną zdrojownictwa pozostawały następnie w związku referaty Dr Cerchy i Zanietowskiego o wzbogaceniu środków leczniczych w naszych zdrojowiskach, przyczem referenci zwrócili uwagę na to, że każde zdrojowisko powinno na pierwszym planie stawiać to, co jest jego odrębną cechą, dalej referat Dr Ebersa i Kmietowicza o poprawie stosunków zdrowotnych w zdrojowiskach (przymus kanalizacyi i wodociągów, asanizacya mieszkań, ustawa o ochronie zdrojowisk przed zawlekaniem chorób zakaźnych, przymus odkażania i t. d.), referat Dr T. Łazarskiego o promieniotwórczości, którą się nasze zdroje w znacznym stopniu odznaczają i referat Doc. Dr Piaseckiego o przedłużeniu sezonów zdrojowych i zakładaniu sanatoryów zimowych.

Przeważnie stronę administracyjno-ekonomiczną, techniczną lub też ściśle gospodarcze cele miały na oku referaty o statystyce w zdrojowiskach (Dr Kopff), o reklamie (Dr Bandrowski), o instytucyi komisarzy zdrojowych (Dr Żychoń), o podniesieniu obrotu wód krajowych (Doc. Dr Szumowski), o kredycie dla zdrojowisk (poseł Battagia i dyr. Ciompa), o katastrze zdrojowisk i ułożeniu programu prac zmierzających do ich podniesienia (Dr Pelczar i Dr Praschil), dalej referaty Dr Kadena, Dr Lewickiego, Dr Aronsohna, Dr Kmietowicza i t. p.

Uchwalone przez Zjazd postulaty, ułożone i przedstawione w imieniu komisyi postulatowej przez Dra Zanietowskiego (jednego z czynnych prezesów Zjazdu, czego w poprzednim numerze »Przeglądu lek.« wskutek pomyłki nie zaznaczono), podajemy tu w treściwej osnowie, dodając w nawiasie przy każdym wniosku nazwiska referentów.

Zjazd uchwalił mianowicie: 1) konieczność utworzenia katedr i pracowni balneologicznych przy uniwersytetach i politechnice (wnioski Prof. Korczyńskiego, Dr Zanietowskiego i Dr Mazanka); 2) potrzebę przeprowadzenia ścisłych chemicznych badań wód mineralnych (Prof. Marchlewski); 3) potrzebę racyonalnego i naukowego wzbogacenia środków leczniczych w naszych zdrojowiskach (Dr Cercha i Dr Zanietowski); wreszcie 4) potrzebę zaprowadzenia ścisłej statystyki zdrojowej (Dr Kopff). — Dalej uchwalił Zjazd szereg wniosków natury ekonomiczno-gospodarczej, a mianowicie: 1) potrzebę ustawowego przymusu kanalizacyjnego i ustawowego uregulowania asanacyi (Dr Ebers); 2) konieczność rozwinięcia celowej propagandy zdrojowej (Dr Bandrowski); 3) potrzebę rewizyi statutów (Dr Żychoń), zaprowadzenia bezpośrednich połączeń komunikacyjnych (Dr Praschil), podniesienia ruchu turystycznego (p. Zaruski), stworzenia sezonów i lecznic zimowych (Doc. Piasecki), ustanowienia stałej porady prawnej dla zdrojowisk (p. Łobaczewski), tworzenia Towarzystw akcyjnych zdrojowych (Dr Kaden i Dr Zakrzewski), wytwarzania fachowego personalu administracyjnego (Dr Lewicki), zaprowadzenia większego bezpieczeństwa ogniowego w zdrojowiskach (Dr Świątkowski), oraz podniesienia eksportu wód mineralnych (Doc. Szumowski). — Nadto uchwalił Zjazd, stosownie do referatów Dra Zanietowskiego, Kmietowicza i Aronsohna konieczność pracy nad ludem przez podniesienie szkolnictwa i przemysłu w zdrojowiskach; na wniosek Dra Bandrowskiego, Kmietowicza i Westreicha konieczność utworzenia przy Wydziale krajowym instytucyi inspektorów zdrojowych, oraz ustanowienia reprezentacyi zdrojowisk w Izbach handlowych, Radach kolejowych i przemysłowych, względnie w Sejmie; wreszcie stanął Zjazd jednomyślnie na stanowisku wywodów Dyr. Ciompy i posła Battaglii co do popierania przez władze przemysłu zdrojowego, oraz postulatów Dra Pelczara co do wykonania uchwał »ankiety zdrojowej«, zwołanej w r. 1906 przez Wydział krajowy.

Po obradach ukonstytuował się Wydział założonego w czasie Zjazdu Krajowego Związku uzdrowisk i zdrojowisk, w którego skład weszli: J. hr. Potocki, jako prezes, Dr K. Krzyżanowski i Dr Cercha jako wiceprezesi, Dr Praschil jako sekretarz, adw. Dr Westreich jako skarbnik, delegaci polskiego Towarzystwa balneolog. Dr Pelczar i Dr Zanietowski, dalej A. hr. Gołuchowski, Dr Kmietowicz, poseł Dr Tertil, Dr Bandrowski, St. hr. Stadnicki, Dr Żychoń, Dr Kaden, inż. Dziewolski i Olszewski.

Na Związku tym spocznie obowiązek wprowadzenia uchwał i rezolucyi Zjazdu praktycznie w życie.

Zjazd dał obraz całości postulatów, dotyczących naszych zdrojowisk, wyczerpując całkowicie zakreślony program, co jest niewątpliwie zasługą umiejętnego kierowania obradami przez prezydyum Zjazdu.

Zwołaniem, dobrą organizacyą, trafnym programem Zjazdu i pozyskaniem na Zjazd licznego szeregu doskonałych referentów, zasłużyła się sumiennie sprawie naszego zdrojownictwa ruchliwa Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. R.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie.

Prezydyum Komitetu gospodarczego Zjazdu, który odbyć się ma w Krakowie w dniach od 18. do 22. lipca 1911 r., ma skład następujący: przewodniczący Prof. Dr Julian Nowak, zastępcy: Prof. Dr Edward Janczewski, Prof. Dr Walery Jaworski,

skarbnik: Prof. Dr Stanisław Dobrowolski, sekretarz generalny: Prof. Dr Ludwik Bruner. Komitetów gospodarczych sekcyjnych jest 14, a mianowicie: I. Sekcya filozoficzna (profesorowie: Garbowski, Heinrich i Straszewski). II. Sekcya nauk ścisłych (prof. Marchlewski, Ossowski, Rudzki, Witkowski, Ziobrowski, Żórawski), III. Sekcya mineralogii, geologii i geografii (prof Morozewicz, Grzybowski, Dr Rozen, Smoleński, Prof. Szajnocha, Szwarzenberg-Czerny). IV. Sekcya zoologiczno-anatomiczna (prof. Godlewski (junior), Hoyer, Kostanecki, Maziarski, Siedlecki, Talko-Hryncewicz). V. Sekcya botaniczna (prof. Gutwiński, Raciborski, Rostafiński). VI. Sekcya rolnicza (prof. Godlewski (senior), Jentys, Dr Mościcki, prof. Rogóyski, Surzycki). VII. Sekcya weterynaryjna (dyr. Papeé, Dr Rutkowski, Dr Zagaja). VIII. Sekcya farmaceutyczna (mgr. Łuczko, Mikucki, Proń). IX. Sekcya medycyny teoretycznej (prof. Browicz, Ciechanowski, Cybulski, Klecki). X. Sekcya chirurgii i ginekologii z naukami pokrewnemi (prof. Kader, Łepkowski, Pieniążek, Rosner). XI. Sekcya medycyny wewnętrznej (prof. Lewkowicz, Łazarski, Doc. Mięsowicz, prof. Pareński, Piltz, Reiss). XII. Sekcya medycyny publicznej (Dr Bier, prof. Bujwid, Dr Janiszewski, Jan Landau, prof. Wachholz). XIII. Sekcya okulistyczna (prof. Majewski, Wicherkiewicz). XIV. Sekcya prasy lekarskiej (prof. Ciechanowski, Dr Kwaśnicki).

Prezydyum komitetu gospodarczego Zjazdu zwróciło się do komitetów sekcyjnych z odezwą, by w Sekcyach były na Zjeździe przedewszystkiem przedyskutowane ogólniejsze tematy naukowe odpowiednich dziedzin, stosownie do uchwały ogólnego komitetu organizacyjnego. W tym celu komitety sekcyjne mają wybrać w swych działach stosowne zagadnienia i pozyskać po 2—3 referentów dla każdego tematu, którzyby na podstawie własnego doświadczenia mogli rzecz krytycznie przedstawić. Jest rzeczą pożądaną, aby z 4 zwykłych posiedzeń sekcyjnych przynajmniej połowa była poświęcona takiej wyczerpującej dyskusyi naukowej. Różne luźne spostrzeżenia i komunikaty, na które pozostałe posiedzenia mają być obrócone, powinny ile możności zawierać także dostatecznie wyczerpujące zestawienie dotychczasowych wyników badania. Referentów należy uprosić, aby krótką ale wyczerpującą treść swych odczytów nadesłali pod poniżej wymienionym adresem przed 1. maja 1911 komitetowi, celem wydrukowania i doręczenia uczestnikom przed Zjazdem.

Listy w sprawach, tyczących się Komitetu gospodarczego, należy zwracać pod adresem przewodniczącego: Prof. Dr Julian Nowak (Kraków, ul. św. Jana 20).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 9. XI. 1910 wybrano komisyę przedwyborczą pod przewodnictwem Dr A. Kwaśnickiego; Prof. Rutkowski przedstawił przypadek plastyki kości kończyny dolnej, poczem w dyskusyi nad wykładami »O cholerze« zabierali głos: Dr Eisenberg, Buzdygan, Kania, Janiszewski i r. dw. Prof. Wicherkiewicz; wreszcie odbył się wykład Doc. Kozniewskiego: »O hormonach«. (Część I.).

— Na fundusz imienia Pareńskiego dla ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza zebrała się dotąd kwota 7404 koron, którą Czcigodny Jubilat postanowił hojną ofiarą uzupełnić do wysokości 10.000 koron. Wobec tego przystąpiła Dyrekcya szpitala św. Łazarza do wprowadzenia fundacyi w życie przez odpowiedni akt fundacyjny. Według tego aktu majątek fundacyi, zgodnie z wnioskiem Dra Józefa Krzyszkowskiego, dyrektora szpitala, ma być na wzór wiekopomnego a jedynego w swoim rodzaju, mogącego służyć za wzór do wszelkich fundacyi, zapisu księdza Stanisława Staszyca dla szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, rozdzielony na dwie części: Jedna część ma stanowić stały fundusz zapomogowy, od którego roczny dochód ma być stałym corocznym dochodem na zapomogi dla ubogich ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza. Druga część, a mianowicie 5000 kor., ma się stać stałym kapitałem zarobkowym, od którego coroczny procent ma być jedynie i wyłącznie obracany na ciągłe powiększanie powyższego stałego funduszu zapomogowego na zapomogi dla ubogich ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza, — tak, że w ten sposób obecny fundusz zapomogowy wzrośnie automatycznie po 25 latach o 5000 kor., a po 100 latach o 20.000 kor. i t. d. Wszelkie nadzwyczajne dochody tej fundacyi będą wcielone do stałego funduszu zapomogowego. Wszelkie czyste stałe dochody funduszu zapomogowego użyte będą na zapomogi dla ubogich ozdrowieńców opuszczających szpital św. Łazarza, bez różnicy narodowości, wyznania, przynależności, płci i wieku. Zapomogi przyznawać będzie dyrektor szpitala na wniosek prymaryuszów oddziałów. Do funduszów fundacyi tej mogą być też wcielone kwoty, nie stojące z obecnym majątkiem w związku; sumy poniżej 1000 koron mają być zawsze wcielone do stałego funduszu zapomogowego, większe sumy zaś do funduszu, stanowiącego stały kapitał zarobkowy. Do rozdania miesięcznego przeznacza się zawsze tylko 12-ta część rocznego dochodu. Naczelny zarząd fundacyi spoczywać będzie w ręku Wydziału krajowego, a w razie gdyby ta władza istnieć przestała, w ręku tej władzy, która obejmie czynności Wydziału kraj., gdyby zaś przestał istnieć szpital św. Łazarza, to dochody z fundacyi przejdą na rzecz ozdrowieńców tego ze szpitali, który obejmie obowiązki szpitala św. Łazarza.

Z postanowień aktu fundacyjnego wynika możność dalszych datków na tę fundacyę; toteż należy mieć nadzieję, że na cel tej fundacyi wpływać będą dalsze ofiary, a sama fundacya zachęci może do innych fundacyi dla szpitali naszych, opartych na podobnej doskonałej zasadzie, jak fundacya Staszyca.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Szczepan Kruczek, rodem z Birczy w Galicyi.

— Redakcya Kalendarza lekarskiego krakowskiego zawiadamia, że odbiorcy krakowscy, zamawiający Kalendarz w Redakcyi, otrzymają go przez kursora, nie ponosząc przez to kosztów przesyłki pocztowej. Druk kalendarza jest już na ukończeniu.

— Gminy i zarządy zdrojowe Zakopanego, Szczawnicy, Krynicy, Delatyna, Truskawca, Mikuliczyna, Jaremcza i Lubienia wniosły do Sejmu prośby o zwolnienie od podatków krajowych i powiatowych na lat 10 z tem zastrzeżeniem, że kwoty, przez to uzyskane, użyte będą wyłącznie na asanacyę zdrojowiska (kanalizacyę i wodociągi), a to pod kontrolą ze strony Wydziału krajowego.

Łódź. W d. 30. X. 1910 odbyło się uroczyście położenie kamienia węgielnego pod gmach Szpitala żydowskiego dla obłąkanych.

— Sąd koleżeński przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem podaje do powszechnej wiadomości, że Dr Jakób Fryde nie spełnił żądań wyroku Sądu koleżeńskiego, pomimo, że własnym podpisem zobowiązał się orzeczeniom tego Sądu bez zastrzeżeń uledz.

— I w Łodzi znalazł się lekarz, który w celach nic z nauką nie mających wspólnego wyzyskał wynalazek Ehrlicha. Oto niejaki Dr Ludwik Falk wyjechał po »złote runo« do Frankfurtu, a usłużna gazeta »Neue Lodzer Zeitung« umieściła następujący telegram z Frankfurtu: »Wczoraj Prof. Ehrlich we Frankfurcie n. M., dał swój przetwór »606« do rozporządzenia Dr Ludwikowi Falkowi z Łodzi celem zastosowania w łódzkiej lecznicy dla chorób płciowych. Musimy nadmienić« — dodaje redakcya — »że Prof. Ehrlich udziela obecnie swego leku tylko klinikom i szpitalom«. — My zaś nadmieniamy, że ów Dr Falk nie pracuje ani w klinice (bo tych w Łodzi niema), ani w żadnym szpitalu.

Zmarli: Chirurg Prof. Krönlein w Zürichu.

Dr Aleksander Podciechowski

Dnia 27. października b. r. wystrzałem z rewolweru odebrał sobie życie lekarz powiatu Sieradzkiego Dr Aleksander Podciechowski. Urodzony w r. 1850 w Tuliszkowie, gub. kaliskiej, ukończył gimnazyum w Kaliszu. Studya lekarskie odbywał w Szkole Głównej i Uniwersytecie Warszawskim, który ukończył w r. 1873.

Szlachetny człowiek, sumienny, z poświęceniem oddany choremu lekarz, zdobył sobie w Zagórowie, Warcie, Turku i Sieradzu, gdzie kolejno praktykował, powszechne uznanie i ogólną sympatyę. Mimo rozległej praktyki interesował się zawsze żywo postępami wiedzy lekarskiej i sam chwytał za pióro; ostatni raz, podając godny uwagi »Stół do porodu w chacie wiejskiej« (w »Czasopiśmie lekarskiem« w r. 1903). Żywo obchodziły go również zagadnienia społeczne i obowiązki obywatelskie, którym się oddawał w szeregu stowarzyszeń prowincyonalnych.

Mimo wesołego, pogodnego usposobienia niezwykle wra-

żliwy i ambitny, zastrzelił się, stwierdziwszy beznadziejny stan u operowanej przez siebie położnicy.

Cześć pamięci szlachetnego człowieka, zacnego lekarza i obywatela! W. Łuniewski.

Dr Adam Sapacz-Sapoczyński w Petersburgu; Dr Wincenty Mikucki, radca stanu, w Saratowie w 50 r. ż.

Redakcya otrzymała: Biernacki: 1) Sól kuchenna a przemiana potasu. »Tyg. lek.«. 2) Über die Beziehungen zwischen dem Umsatz mineralischer und organischer Nahrungstoffe. »Wiener klin. Woch.« 1910. 3) O stosunkach, zachodzących pomiędzy przemianą mineralnych a organicznych składników pokarmu. »Gaz. lek.« 1910. 4) Zur Lehre vom Kaliumumsatz. »Centrlblt. f. d. ges. Physiol. u. Pathol. des Stoffwechsels« 1910. — Higier: Nowotwory mózgu i rdzenia oraz symulujące je stany pokrewne. »Odczyty klin.« Nr 211. — Blumenfeld: Die Behandlung der Syphilis mit dem Ehrlich'schen Präparat »606«. »Deuts. med. Wochenschrift«. 1910.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 16. listopada 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Doc. Koźniewski: »O hormomach«. (Część II.). — 2) Prof. Bujwid: »Doświadczalne badania nad odkażaniem rąk«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Eglatol (fabr. Goedecke et Co. Berlin) poleca Dr A. Joachim, ze sanatoryum dla nerwowo i umysłowo chorych w Rekawinkel (Allg. Mediz. Centr. Ztg. 1910. Nr 24). Jestto środek nasenny i uspokajający, w którym chloralhydrat doznał podwójnej poprawy. Przez kofeinę i mentol zmniejszono znacznie jego działanie trujące, a działanie nasenne wzmocniono przez urethan. Przetwór ten przedstawia płyn gęsty, wodojasny, przejrzysty, w kapsułkach à 0,5 grm. W 20 przypadkach różnego stopnia stanu nerwowego, sięgającego aż do szału, próbował J. działania eglatolu. Tonometrem Gärtnera stwierdzono brak wyraźniejszego podniesienia ciśnienia krwi nawet po dużych dawkach. Brak także spostrzeganych po innych środkach objawów, jak ból głowy, znużenie. Podawano kapsułki żelatynowe à 0,5 gr. w ilości 1,0—3,0 pro die. Działanie wybitne spostrzegano także tam, gdzie brom zawodził. Podawany przed jedzeniem nie wpływał eglatol ujemnie na apetyt i trawienie. J. przemawia za względnie wysokiemi dawkami. Po dawce 5—6 kapsułek (2,5—3,0) wieczorem osiągał J. najczęściej i w ciężkich przypadkach sen. Tylko w odosobnionych przypadkach maniakalnych stanów egzaltacyi i ciężkich podrażnień mózgowych (paralysis) nie osiągano niekiedy całkowitego działania nasennego, — lecz w tych rarach także inne środki nasenne zawodziły. W każdym razie i tu spostrzegano działanie uspokajające na kilka godzin. Działanie zbiorowe nie występuje po eglatolu. Hr. W.

Fibrolysin fabr. E. Merck, proszek biały, krystaliczny, we wodzie łatwo rozpuszczalny, zmienia się powoli pod działaniem powietrza. Sporządza się go więc w postaci jałowego rozczynu w zatopionych ampułkach à 2,3 cm^3 = 0,2 g. thiosinamin. Wstrzykiwania nie wywołują wyraźniejszej bolesności. Do leczenia blizn powierzchownych sporządza się obecnie t. zw. Fibrolysin-Guttaplast, w postaci plastra, zawierającego na 1 cm^2 50 gr. leku. Działanie znane, polega na rozmiękczeniu blizny. Wskazania: blizny na skórze, zapalenia gruczołów i guzy, schorzenia stawów, zwężenia w przewodzie pokarmowym, przewlekłe cierpienia ginekologiczne, choroby oczu, uszu i nosa i t. d. Mk. W